

博士学位論文（東京外国語大学）
Doctoral Thesis (Tokyo University of Foreign Studies)

氏 名	津村 育子
学位の種類	博士（学術）
学位記番号	博甲第 303 号
学位授与の日付	2020 年 9 月 15 日
学位授与大学	東京外国語大学
博士学位論文題目	日本における地域包括ケアシステムにおける住民教育の在り方の研究～人生の終末期における意志決定支援を中心として～

Name	Tsumura, Ikuko
Name of Degree	Doctor of Philosophy (Humanities)
Degree Number	Ko-no. 303
Date	September 15, 2020
Grantor	Tokyo University of Foreign Studies, JAPAN
Title of Doctoral Thesis	The Study of Education for Citizens under the Integrated Community Care System in Japan -The Decision Making for End of Life-

日本における地域包括ケアシステムにおける
住民教育の在り方の研究
～人生の終末期における意思決定支援を中心として～

東京外国語大学大学院総合国際学研究科

博士後期課程

津村 育子

令和 2 年 8 月

目次

第1章 序論.....	4
1-1 研究の背景・目的.....	4
1-2 本稿の構成.....	8
第2章 日本における地域包括ケアシステムの現状	10
2-1 地域包括ケアシステムとは	10
2-2 多死社会における課題.....	10
2-2-1 健康寿命の延伸政策	10
2-2-2 多死社会	11
2-2-3 突然死の可能性について	12
2-2-4 我が国の心臓疾患の治療の状況	13
2-2-5 多死社会における課題	13
第3章 地域包括ケアシステムにおける住民教育の在り方 地方事例と都市事例	14
3-1 新潟県湯沢町	14
3-1-1 新潟県湯沢町の取り組み.....	14
3-1-2 新潟県湯沢町における取組の成果	15
3-1-3 地域包括ケアシステムにおける看護職の役割	15
3-2 東京都大田区	16
3-2-1 東京都大田区（入新井）の取り組み.....	16
3-2-2 東京都大田区における取組の成果	17
3-3 保健師を中心とした地域包括ケアシステムにおける住民教育	18
3-3-1 地域包括ケアシステムにおける看護職の役割	18
3-3-2 地域包括ケアシステムのコアとなる人材に必要な教育	18
第4章 地域包括ケアシステムにおける看護教育の在り方.....	20
4-1 超高齢化社会と大学における看護教育の状況	21
4-1-1 看護職養成課程の大学化.....	21
4-2 大学における看護職養成カリキュラム	22
4-2-1 近年の看護職養成大学教育の動向	22
4-2-2 看護系大学のカリキュラムの編成の現状	22
4-2-3 大学における看護教育に関する検討について	24
4-3 保健師養成課程	26
4-4 地域包括ケアシステムを見据えた看護教育	26
4-4-1 COC 校.....	27
4-4-2 GP 採択校	30
4-4-3 大学独自事例.....	31

4-5 大学設置認可制度と看護師養成大学	33
4-5-1 東京都私立A大学における設置基準にかかる検証	33
4-5-2 2014 年度設置計画履行状況等調査より	36
4-6 地域包括ケアシステムのコアとなる人材に必要な教育	38
第5章 薬局・薬剤師を中心とした地域包括ケアシステムにおける国民への健康教育の可能性	40
5-1 薬局・薬剤師の歴史的背景	40
5-2 かかりつけ薬局の推進について	41
5-2-1 患者のための薬局ビジョン（2015 年（平成 27 年）10 月 23 日）厚生労働省策定）	41
5-2-2 健康サポート薬局.....	42
5-3 事例研究	43
5-3 事例研究「薬樹薬局 原町田店」	44
5-3-1 薬局における管理栄養士と地域住民とのかかわり	44
5-3-2 D カフェ原町田の樹	45
5-4 地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の取り組み	48
5-5 薬局・薬剤師を中心とした地域包括ケアシステムの可能性.....	49
第6章 地域包括ケアシステムにおける医療施設の役割	52
6-1 先進事例の抽出	52
6-1-1 東葛北部保健医療圏の救急医療について	52
6-1-2 東京都多摩市における医療・介護・福祉の地域ネットワーク地域包括ケアでの医療機関の役割	54
6-1-3 医療法人明医研が地域で実践する在宅医療について	56
6-1-4 オンライン診療（東京都〇内科診療所）	57
6-2 地域包括ケアシステムにおける医療施設の役割	58
第7章 日本における医療費削減の取り組み	60
7-1 医療計画の見直し等に関する検討会	60
7-2 神奈川県での取り組みと医療費の検証結果.....	61
7-3 医療費削減における取組とその成果	62
第8章 地域包括ケアシステム時代の終末期医療における患者意思決定支援の現状	63
8-1 日本における高齢化と医療費の現状	63
8-2 日本における終末期の施策とその認知度	65
8-3 国民が希望する終末期の迎え方	66
8-4 人生の最終段階における教育について	70
第9章 超高齢社会における住まいのあり方 ホームシェアリングの可能性.....	72
9-1 地域包括ケアシステムにおける住まいの位置づけ	72
9-2 日本における住まいの現状とその施策	72
9-2-1 空家等対策の推進に関する特別措置法	73

9-2-2 先駆的空き家対策モデル事業(国土交通省, 2018)	73
9-3 ニューヨークの事例	75
9-3-1 ニューヨークの住まいの環境 東京と比較して	75
9-3-2 New York Fundation for Senior Citizens (NYFSC) の試み.....	75
9-3-3 ニューヨークにおけるホームシェアリングの課題と事例	79
第10章 日本における個人の意思決定の支援をする専門職について	83
10-1 日本遺伝カウンセリング学会(日本遺伝カウンセリング学会ホームページより) .	83
10-2 日本人類遺伝学会(日本人類遺伝学会ホームページより)	83
10-3 認定遺伝カウンセラー制度委員会(認定遺伝カウンセラー制度委員会ホームペー ジより)	83
10-4 全国遺伝子医療部門連絡会議(全国遺伝子医療部門連絡会議ホームページより)	84
10-5 認定遺伝カウンセラーの役割	85
10-6 特定看護師(日本版ナースプラクティショナー)	86
第11章 結語	88
謝辞	93
引用・参考文献	94

第1章 序論

1-1 研究の背景・目的

本稿の目的は、今後迎える「多死社会」を前に持続可能な社会保障制度を検討するために「地域包括ケアシステム」における国民への健康教育の在り方を明らかにすることである。研究開始当初は、包括的に世代を超えた地域包括システムに焦点をあて調査をおこなっていたが、その調査の中で、インタビュー調査並びに政策研究から、終末期における患者意思決定支援の在り方が喫緊での重要課題としている研究や団体が多く見られた。しかし、終末期における患者意思決定支援は経済的側面からの研究はあるが、意思決定支援における施策をまとめたもの及び研究は見られなかった。このため、本論文では、人生の終末期における意思決定支援における住民教育の重要性に着目した。

日本の高齢化は世界に例のない速度で加速している。これは、UN（国際連合）と内閣府の調査（内閣府, 2016）からも明らかであるが、先進諸国の中でも日本の高齢化率は2005年より最も高くなっており、そのスピードの速さが特徴といえる。アジアにおける高齢化率は、現時点で日本が一番高いが、韓国、シンガポール、タイ、中国も日本と同じように高齢化が進行しており、いずれ同じ状態を迎えることが予想される。

もちろん、こうした状況に日本政府や各行政機関は対応して、さまざまな施策を行っている。例えば日本政府の動きとしては、2018年に高齢者保健福祉計画（老人福祉法第20条の8）や介護保険事業計画（介護保険法第117条）の第7期において、高齢化対策となる多くの計画を策定している。この中で、本研究の対象としている第5期で明文化された地域包括ケアシステムの構築については、さらに各自治体も細部にわたり検討し、さまざまな計画を実施している。中でも在宅医療介護連携の取り組みの推進は大きな課題の一つであり、各自治体で協議されている。

各自治体の一例を挙げれば、東京都は、2017年11月「超高齢社会における東京のあり方懇談会」を設置し、第1回を2017年11月8日に実施している。その中で、2017年の東京都は65歳以上の高齢者が約300万人で23%であり、今後、人口は増え続けるが、2025年から人口が減少に転じるとし、この状況に対してのモデルケースを東京都が示すことは、世界的にも大きな意味を持つと考え、高齢化の課題についての解決策を懇談会で検討している。東京都の懇談会では、超高齢社会における先進的な都市像を国内外に発信することを目標とし、誰もが安心して暮らすことができ、希望と活力が持てる都市を実現するための政策提言を2018年9月「TOKYO BEYOND 2020～世界に先駆ける長寿社会～」(東京都, 2018)として発信している。東京都は、2030年に4人に1人は高齢者になると予想し、この課題解消にむけて意欲的に取り組んでいる(東京都, 2018)。このように、日本では、各自治体において、各地区の状況にあわせた地域包括ケアシステム構築が進められている。

一方、こうした動きは行政側の一方的な動きにとどまらない。2015年7月には、経済団体・保険者・自治体・医療関係団体などの民間組織が連携して「日本健康会議」を発足した。この取り組みから健康施策への取り組みは日本全体で推進されていることが伺える。「日本健康会議」は、少子高齢化が急速に進展する日本において、国民一人ひとりの健康寿命延伸と適正な医療について、民間組織が連携し行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために組織された活動体である。同会議は8つの活動指針「健康なまち・職場づくり宣言2020」（日本健康会議：2017a）を出しており、その中に「予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。」ことを挙げており、2017年8月に行われた「日本健康会議2017」の中で、2016年115市町村の取り組みが2017年には328市

町村になり、達成度が大きく向上したと公表している。また、従業員の健康向上を目指す健康経営に取り組む企業は、本会議の報告書（日本健康会議：2017b）によると、2016 年 138 社から 2017 年には 235 社と増加している。このように健康・予防への取り組みが社会全体で推進され、国民の関心が高まり、いつまでも元気で働き続けられる社会の実現の必要性は高まってきていることが伺える。一方、医療費問題もこの「日本健康会議」内で議論されている。例えば、保険者がもつ医療のデータをベースとして、医療の質と社会の持続可能性を向上させること、すなわち健康長寿と医療費の適正化を実現することを目的にしている。健康寿命の延伸と医療費の適正化という問題は、今後迎える「多死社会」においては、極めて重要な課題である。各自治体の地域包括ケアシステムの施策においては、予防と健康に関する取り組みを健康寿命の延伸に向けて計画をし、多様な施策を推進している。そのアウトカムとして、医療費を指標とし、削減を計画している自治体も存在する。一例として神奈川県を挙げる。神奈川県では、「未病」をテーマに健康増進施策に取り組んでいる。神奈川県は、糖尿病性腎症の重症化予防など生活習慣病の対策をすることが医療費の削減に大きく寄与するものとこの取り組みに期待していることが、東京新聞の黒岩知事インタビュー記事（東京新聞 Web, 2018 年 1 月 4 日版）からも伺えた。知事は、「神奈川県はストレスや悪い生活習慣など、数値化が難しい「病気前の段階」をデータにする技術開発を民間と連携して進めている。客観的に数値で示せば分析や比較、改善がしやすくなり、生活満足度の向上や医療費削減につながると期待されている。」（東京新聞 Web, 2018 年 1 月 4 日版）と語っており、このことから、神奈川県では、健康寿命の延伸だけではなく医療費削減に向けても取り組んでいることが伺える。

健康に対し、インセンティブを付加している自治体もみられる。スマートウエルネスシティ総合特区の大規模実証実験「複数自治体連携型大規模ポイントプロジェクト」がその事例である。2014 年 12 月から 2017 年 3 月まで総務省・厚生労働省・文部科学省が支援を行い、筑波大学とみずほ情報総研、つくばウエルネスリサーチ、凸版印刷はスマートウエルネスシティ総合特区の大規模実証実験「複数自治体連携型大規模ポイントプロジェクト」（浦安市, 2017）を実施している。これは、全国 6 市（福島県伊達市、栃木県大田原市、千葉県浦安市、新潟県見附市、大阪府高石市、岡山県岡山市）が参加した「健幸ポイント」制度のプロジェクト（浦安市, 2017）である。このプロジェクトの結果、対象者の約 75%が健康への無関心層であったが、この無関心層に働きかけることにより医療費抑制につながることが試算できたとし、浦安市では、スポーツによる地域活性化推進事業報告書に「健幸ポイント事業参加による医療費抑制効果があることが確認された」（浦安市, 2017: 122）と記載している。

このように、健康施策とともに経済負担に関する取り組みも、同時に推進している事例も存在し、健康施策が医療費削減に貢献したという報告もされている。日本は団塊の世代が後期高齢者に入る 2025 年に多死社会を迎えると予想されているが、各自治体における健康施策が進めばさらに後期高齢者が人口に占める割合が増えることが予測される。2018 年 4 月の時点では、社会保障制度において後期高齢者の医療費負担は、収入により差はあるが、医療機関において一般的には後期高齢者（75 歳以上）である被保険者の窓口支払い費用は 1 割負担であり、さらに高額療養費の負担は 1 月最大 12,000 円以内であり、労働生産人口（15 歳以上 65 歳未満）世代に比較すると極めて少ない負担である。また、一般的に高齢になると、慢性疾患を抱え診療所または病院通いをしているケースも多くみられ、75 歳以上の後期高齢者が増加することは、医療費が増加し、社会保障全体に影響を及ぼすことも考えられ、必ずしも「健康寿命延伸の取り組みで医療費が削減できる」構造にないことが予想される。また、

日本の医療においては、医療費のみならず、人口の高齢化が進む中、医師を含む医療職などの人的資源や医療施設数が不足するのではないかという課題がある。

こうした健康寿命延伸の取り組みと高齢者の医療費との関連については、多くの医療経済学者が研究を重ねている。この中には、終末期の意思決定支援を含んだ経済的調査も行われている。例えば、医療経済的な研究において岩本らの著書（岩本他，2016）では第2章で、死亡前1年間の医療費を取り上げている。これに対して、井伊は「終末期には、医療費だけでなく介護費も考える必要がある」（井伊，2017：373）と述べている。本件に関しては、2005年に前田が行った研究「高齢者の医療費と介護費の関連分析」（前田，2005）の中で高齢者医療における医療費と介護費の関連が述べられている。この研究は、高齢者医療費の増加は、現行制度を維持できないほど増加するののかという問題意識をもって高齢者医療費とその関連要因について分析を行ったものである。また、本報告書の中で、高齢者1人当たり医療費の全国平均は2000年度757.9千円、2003年度752.7千円と微減であるが、高齢者1人当たり介護費の全国平均は2000年度160.9千円、2003年度228.5千円であり42.0%増となっている。高齢者1人当たり医療費・介護費合計額は、前田の試算によると全国平均2000年度918.8千円、2003年度981.2千円と6.8%増であった。このように高齢者1人当たりの医療費は2000年度から2003年度を比較するとほとんど変わっていないが、高齢者1人当たりの介護費の全国平均は増加している。前田も報告書の中で述べているが、高齢者の社会的入院など医療と介護の境界線がはっきりしないものも多く、また、高齢者の住まいの状況が独居であった場合は、本来は、居宅で介護サービスを受けるのが好ましい状態であったとしても、退院させることは難しいと考えている。

（前田，2005）前田は本件を「実は医療を受けるべき人が介護に押し出されているのではないか、明確に検証する必要がある。」（前田，2005：30）と述べている。この点において、井伊は、高齢者については、「入院しか対応できない」、「在宅でも可能」の2種類のタイプが存在することを示し、前者は医療、後者は医療と介護が複合したものと想定される。しかし、井伊は、「在宅医療でも可能な人」が「できる限りの治療」を希望して入院対応しているケースがあり、この選択は、患者や家族の選択であると述べている（井伊，2017）。つまり、治療上の理由ではない部分での意思決定が行われていることを示唆している。しかし、この点においては、終末期医療においては、どの時点で、また、誰の選択として意思決定が行われているかを、実際の事例に基づき、詳細に見ていく必要があるのではないだろうか。

例えば、終末期の意思決定支援においては、土居内は、終末期がん患者の療養上の意思決定の中で「終末期がん患者を対象にした系統的な研究はなされていない」（土居内，2006：19）と書いており、土居内の研究では、終末期がん患者の意思決定支援の6つの局面を具体的に示しているが、その対応については記されておらず、その後も系統だった研究はなされていなかった。また、田近らは、2011年に「死亡前12か月の高齢者の医療と介護」の中で、利用の実態と医療から介護への代替の可能性について研究を行っている（田近ほか，2011）。この中で田近らは「死亡前における医療・介護のあり方についての検討が避けられない」（田近ほか，2011：304）と述べており、さらに、死亡前において医療資源が集中的に投入されている実態が過去の研究から明らかであり、規模としても小さなものとはいえないと述べ、さらに、高齢死者への医療・介護の対応については喫緊の課題としている（田近ほか，2011）。この対策として、特定検診・特定保健指導を国家施策として行っているが、特定検診・特定保健指導においては費用対効果がほとんど評価されていないが、2008～2011年度までに756億円の公費、2269億円の事業費が投じられているため、厳密に評価されるべきだという意見を岩本らは著書『健康政策の経済分析（岩本ほか，2016）』のな

かで述べ、井伊も賛同している（井伊，2017）。また2011年に田近らが行った研究の目的は、終末期医療を介護に代替えることによる医療・介護費の変化について検討し、終末期医療を看取りまでを含む介護によって代替えることの可能性を探ることとしており、この調査では、対象地域である神奈川県開成町では、高齢者医療・介護費全体の0.6%から3.2%程度抑制する効果を持つことが明らかになった（田近ほか，2011）としている。

このように高齢者医療における費用抑制効果を研究するものは多く存在し、高齢者医療費や介護費用については、経済面からの研究はなされているが、実際に、終末期の対応が具体的にどのように行われているかについては、土居内の研究（土居内，2006）のように終末期の具体的な対応についての研究にとどまり、現在もほとんどなされていない。ましてや、終末期における患者意思決定支援に関する詳細な研究も少ない。意思決定をするためには、終末期や医療に限らず、何が対象となっていて、何を選べば最適な効果を上げることができるのか、または、自身が幸せを感じることができる意思決定はどのような過程を経てなされるのかという問題を考えた時、意思決定をするための対象となるものの知識が必要となってくる。例えば、スーパーで夕食のために鶏肉の購入を検討するとき、どのような部位の鶏肉が、自身が行いたい調理に向いているのかを知らなければ、最適な部位の鶏肉を購入することは難しいと考えられる。この場合、もし本人が、「値段の高いものは良いものだ」という考え方をもっていれば、部位や産地、状態に関係なく、経済的に許す範囲の価格の鶏肉を購入するのではないだろうか。結果、経済的に満足はするが、調理後の鶏肉の状態の保証はできない上に、必ずしも食後の幸せを保証するものではないことが分かる。また、経済的な考え方にしても、誰かに教えてもらわなければ判断はできなかったものと考えられる。鶏肉の例でいえば、体に良いものを購入したいと考えるならば栄養学の知識も加えて必要となることが想定される。人生の終末期においても、最期を迎えるのが、自宅がいいのか病院がいいのか、あるいはその前にどのような治療を選択すればよいのかという意思決定を行うためには、考えられる選択肢やその選択肢を選んだ場合のその後の予想される状態の変化などを知る必要がある。さらに、個人が、人生の終末期における意思決定は、自身の病状別にあわせて行う必要があるということが教育により理解できれば、意思決定を行うための手段についての知識が必要になること、あるいは、最適な意思決定をするためには、誰に相談すればよいかということが理解できるはずである。例えば、病状に併せて意思決定をするためには、クリニックや病院に行き、医師の診察を受けることが必要である。このように順立てて、もしもの時のことを考えると、身近にいる信頼できる医師をかかりつけ医として持つことの重要性も理解できる。さらに、自宅での治療についてのサポート体制や費用を含んだ条件を知ること重要になるであろう。高額治療を必要とする難病の場合は、国や自治体のサポート体制を知らなければ選択は行えず、意思決定もできない。その結果、経済的判断に基づいて治療をあきらめる人も出てくる可能性がある。この条件や選択肢は自然に獲得できるものではない。このように、人生の終末期にかかる意思決定を適切に行うためには、健康維持のために栄養学を学ぶように、意思決定にかかる判断基準や考え方も教育によってのみ獲得できるものである。しかし、学校教育ではこの問題はカバーされておらず、国民が人生の終末期にかかる意思決定を行うための教育はどこで行うのが最適であるかを考えることは日本社会において喫緊の課題であると考えられるが、教育の視点で人生の終末期の意思決定支援を研究されたものは存在していない。

高齢者医療費や介護費用については、社会保障を考えるとときには避けては通れない問題であると考えられているが、本研究では、地域包括支援システムの中で、今後重

要になるであろう人生の終末期における意思決定支援に焦点を当て、教育により人が幸せに地域で暮らし続けることができるのか、また、本人の意思に基づいた人生の最後を迎えることができるようになるためには、どのような教育が必要であるのかという課題についての研究を行った。

1-2 本稿の構成

第1章では、研究の背景及び研究目的について述べた。第2章では、日本における地域包括ケアシステムの現状を調査し、その課題を示した。まず、日本における地域包括ケアシステムの現状について、筆者らが行った研究(友松ほか, 2015)、ならびに政府機関の報告書をもとに分析を行った。これにより、人が中心になって運用しているケースと病院などの施設が中心となって運用しているケースが見られた。また、終末期における意思決定支援が医療費の適正化への関与が示唆された。第3章では、人が中心となる地域包括ケアシステムをフォーカスし、コミュニティの中で中心となる人の役割を地方と都市モデルにおいて比較分析を行った結果を考察した。人については、地方と都市の両方で看護職(保健師)が中心となって運用している好事例が存在し、調査の結果から、システムの中心となる看護職を安定供給できれば、日本全国の地域で安定した地域包括ケアシステムの運用が示唆された。第4章では、看護職の安定供給の可能性について検証するため、看護職養成大学における教育課程の調査を行った。特に、地域包括ケアシステムにおける看護職に求められる機能と看護職養成の大学教育についての比較検証をおこない、看護職中心型地域包括ケアシステムの普及の可能性およびその課題を示した。第5章では、第3章で、看護職中心の地域包括ケアシステムの運用は他地域でも可能性が考えられるが、第4章で、地域包括ケアシステム下で機能する看護職を育てるためのカリキュラムは全国共通ではないことが分かった。そこで、次に日本医療政策機構の世論調査より、国民の信頼度が最も高かった薬剤師における地域包括ケアシステム下での国民への健康教育の可能性を探るため、薬剤師に必要とされる機能の調査を計画し、薬局および薬剤師中心の地域包括ケアシステムにおける国民への健康教育(ヘルスプロモーション)の事例を調査し在り方を述べた。第6章では、地域包括ケアシステムを施設が中心となって運用しているケースとして病院の取り組みについて紹介し、考察を行った。病院を2つの病院(急性期病院、療養型(慢性期)病院)、在宅医療を行うクリニックと地域包括ケアシステム下で在宅医療と病院をつなぐ役割が期待されているかかりつけ医機能を持つクリニックに区分し調査を行った。第7章では日本における医療費削減の取り組みについて調査を行った。第8章では、第6章での地域包括ケアシステムにおける施設の調査の中で、地域包括ケアシステムの課題の1つである終末期の当事者および家族の意思決定において課題意識を持ち活動を行っている病院が見られた。その内容は、救急医療の疲弊を防止するための啓蒙活動を行っている医師や病院として患者の終末期の意思決定支援に関与する遠方の親戚の問題を課題としているケースが見られた。日本において終末期の意思決定は、当事者とその家族の意思に基づいており、当事者が意思を家族に示していない場合は、家族の意思に基づいて治療の選択がなされる。この場合、高齢者の体に負担のかかる治療であっても治療の可能性が高いものを選ぶ傾向にあり、本人の意思が尊重されているかは不明である。救急医療の現場では、高齢者の救急搬送が増えると医師や看護師の人数が変わらない限り、運営が難しくなる。中には救急車を依頼するより、地元の病院と連携を取るべきものもあるということがインタビューの中で判明した。病院へのインタビュー調査において、終末期の意思決定支援は、医療へのアクセスの適正化において重要なファクターではあるが、日本の医療の現場では、個人の意思を尊重する終末期医療が必ずしも行われていないということが

わかった。そのため、日本における終末期の意思決定支援の現状を調査し、終末期支援の在り方の考察を行った。日本では、終末期における意思決定支援は厚生労働省を中心に行われており、終末期における意思決定の場を厚生労働省は、「人生会議」と決定した。この呼び方は2018年11月に一般公募の中から定められたものである。終末期における意思決定支援の内容については、議論が始まったばかりであり、具体的な政策はまだ存在しない。第9章では、日本の超高齢社会における住まいの状況を調査し、そのあり方を検討した。また、ニューヨーク州の事例を紹介し、東京の住まいの状況と比較分析を行った。「すまいとすまい方」は、地域包括ケアシステムにおいて生活の基盤として、「本人・家族の選択と心構え」の次に定義され、地域包括ケアシステムの前提としている。また、2012年4月に施行された介護保険法第5条第3項の中でも「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」と記載されている。そこで、地域包括ケアシステムのフィロソフィーである「住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」という視点に立ち、その基盤となる「住まいのあり方」について、検討を行った。また、日本では、核家族化が進行し、高齢化に伴う独居の割合も増えている。これに対し、政府は、必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方を確保し、かつ高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要としている（首相官邸，2013）。この独居及び空き家対策の課題に対し、日本では普及が進んでいないが、シェアハウスの可能性を探った。ニューヨーク州では、政府が中心となってシェアハウスを運用している。そこで、ニューヨーク州政府が中心となって運用しているホームシェアリングシステムを事例として考察する。第10章では、終末期支援の専門職の可能性を探るため、患者意思決定支援に係る医療の専門職である認定遺伝カウンセラー資格を調査し、カリキュラムなどの考察を行った。第11章では、本研究のまとめとして、日本における地域包括ケアシステム下の住民教育の在り方について考察を行った。地域包括ケアシステムの日本における運用事例分析から始まった本研究は、好事例の調査・分析により、人（専門職）を中心とした地域包括ケアシステムと、施設が中心となって地域包括ケアシステムを運用している事例に分けられることが分かった。その中で、終末期における意思決定支援における課題があることが分かった。終末期の課題に対しては、「医療費の適正化」と「個人の意思を尊重した最期をむかえる」という2つの側面があるが、筆者はこの中で「個人の意思」を反映させた最期を実現することに焦点をあてて研究を行った。結果、個人の意思を反映させた最期を実現することができれば、当事者個人のみならず家族の満足度も上がる可能性が調査により示唆された。「住み慣れた地域で最後まで自立した生活を営み、個人の意思に沿った最期を迎える」というシンプルな国民の要求を満たすことを、国は地域包括ケアシステムの一義としているが、この国民個人の要求を実現するためには、終末期について早期から考える機会を持つことが有効である。そのためには教育が必要であり、教育を行うための人材についての調査を中心とした本研究のまとめを最期に行った。

第2章 日本における地域包括ケアシステムの現状

2-1 地域包括ケアシステムとは

2015年に高齢者保健福祉計画（老人福祉法第20条の8）や介護保険事業計画（介護保険法第117条）の第6期が始まった。この中で、第5期で始まった地域包括ケアシステムの構築が課題として各自治体において検討され、計画が実施されている。ヘルスプロモーションにおいても、健康寿命の延伸を目標に計画を作成している自治体も多く見られた。中でも在宅医療介護連携や認知症対応の取り組みの推進は、大きな課題の1つである。また、人口の高齢化にともない、医療は、「治す医療」から、病を抱えながら生活する患者とその家族を対象とし、生活を主眼におきながら支援していく「治し支える医療」への進展が今後ますます進むと考えられる。地域包括ケアシステムとは、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域の体制である（看護展望、2016）。また、厚生労働省は、地域包括ケアシステムの実施体制などについてはその地域に委ねているため、運用の仕方、中心となる団体や職種なども自治体によって変わることが、これまでの調査で明らかになった。地域包括ケアシステムは、各地区の中学校区（約30分以内に必要なサービスが提供できるとされている日常生活圏域）に設置されている地域包括支援センターや同センターを統括する自治体の保健福祉を担当する部署が中心を担っているケースが多く見られた。地域包括支援センターは、市町村が設置主体であり、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員などを配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を行っている（長寿社会開発センター、2011）。主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、各地域において制度横断的な連携ネットワークを構築して実施されている。

2-2 多死社会における課題

2-2-1 健康寿命の延伸政策

地域包括ケアシステムにおいては、日本各地の市町村で予防と健康に関する取り組みが行われており、健康寿命の延伸に向けて多様な施策を推進されている。2015年7月には経済団体・保険者・自治体・医療関係団体などの民間組織が連携して「日本健康会議」を発足させた。「日本健康会議」は、少子高齢化が急速に進展する日本において、国民一人ひとりの健康寿命延伸と適正な医療について、民間組織が連携し行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために組織された活動体である。同会議は8つの活動指針「健康なまち・職場づくり宣言2020」を示しており、その中に宣言1「予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする」と目標を定めている。2018年8月に行われた「日本健康会議2018」の中で、2016年115市町村の取り組みが2017年には328市町村、2018年には563市町村（対前年比172%）となり、目標達成率は71%（全国1716市町村）であると公表している。宣言2「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議などの活用を図る」においては、目標の800市町村以上を大きく上回る1003市町村が達成しており、目標達成率は126%であった。この数字からも活動の取り組みによる成果は、毎年順調に向上しているといえる。また、保険者と連携して健康経営に取り組む企業は、目標500社以上に対し、2016年138社から2017年には235社、2018年には539社（目標達成率108%）と増加している。会社単位の取り組み

みが促進されている理由としては、超高齢社会における社会保障費の増加が国家の財政を圧迫する要因になるほか、労働力の減少に伴う経済活動への影響を懸念して、経済産業省が会社や団体における従業員に対する健康への対策を行っているかを問う「健康経営」への取り組みを推進している。労働力について経済産業省は、2017年は、現役世代2人が1人の高齢者を支えているが、今後、同じように支えていく場合、2050年には1.3人で1人の高齢者を支えることになるかと予想している（日本医療政策機構, 2017）。しかし、65歳以上の人が自立して働き、支え手側になる場合、2050年であっても2.3人で1人を支える社会が実現できると推測している。経済産業省も、健康寿命の延伸をめざし、会社単位の働きかけにより「生涯現役社会」の構築を考えている。健康経営銘柄、ホワイト500等の顕彰制度、健康経営アドバイザー、自治体・地銀信金等による優遇策等、個人の健康推進に関する施策として企業単位で行うものを「健康経営」と呼び、この活動を経済産業省は推進している。健康経営とは、経営的視点をもって個人の健康保持・増進に関しての取組が、将来的に企業の収益性等を高める投資であるとの考えの下、個人の健康管理を戦略的に実践することと定義されている。会社は、従業員の健康保持・増進に向けて具体的な取組（投資）を行い、従業員の体調を整え、従業員の活力向上や生産性向上等の組織の活性化を図る。経済産業省は、過去においては、先進医療の技術開発を進めてきたが、これからの社会に必要なことは健康文化の醸成であり、この健康経営という概念を当たり前にしていくことが必要であると考え、4年前に東京証券取引所とともに「健康銘柄」の選定を始めた。従業員の健康は産業保健担当の領域であったものを、経営者を巻き込んだ企業全体での取り組みととらえるようになった。このように健康・予防への取り組みが推進され、国民の関心が高まり、いつまでも元気で働き続けられる社会の実現の必要性は、企業単位でも促進されている。

また、地域包括ケアシステムとともに、厚生労働省は「データヘルス計画」（厚生労働省, 2017a）の作成を各自治体に課している。これは、2013年6月に閣議決定された成長戦略「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合に対し、レセプト・健診データの分析に基づくデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価などの取組が求められているため、その方針を踏まえて2014年3月に保険事業の実施指針が改正された。第1期データヘルス計画は2015年度から始まった。これは保険者機能において「データヘルス横展開」による「医療の質と持続可能性の向上」を行い、「健康長寿」および「医療費の適正化」を実現することを目的とし、このために保険者機能の強化が述べられている。これらは、糖尿病性腎症の重症化予防など生活習慣病において、医療費の削減に大きく寄与するものと期待されている。

2-2-2 多死社会

「第1回新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」（2016年10月3日実施）の資料4の「我が国の医療の現状」（厚生労働省, 2016a）の中で、2015年は約1,311千人だった死亡数が、2040年には年間1,669千人にのぼると推計し、日本は多死社会を迎えると予想されている。2018年4月現在の社会保障制度において、後期高齢者の医療費負担は、収入により差はあるものの一般的には1割負担であり、さらに高額療養費の負担は1月最大12,000円以内と、労働生産人口世代に比較すると極めて少ない負担である。つまり、今後は健康寿命の延伸とともに、後期高齢者の医療費が増加するものと予測され、社会保障全体に影響を及ぼすものと考えられる。これに伴い終末期に係る医療費は今後ますます問題が顕著化することが予測され、筆者が第1章序章において述べたようにこのような問題を分析する経済学者も存在する。しかし、筆者は、現代社会においては高齢者のみならず全世代で

医療の問題には取り組むべきであると考え、医療へのアクセスを適正化するためには、国民への健康教育（ヘルスプロモーション）の在り方が重要であると考え、持続可能な社会保障について考察を行った。

2-2-3 突然死の可能性について

超高齢社会における健康寿命の延伸活動が、医療費の増加をもたらすのではないかという考えに対し、終末期に医療費がかからないとされる「突然死」の可能性について調査を行った。

「突然死」とは、何の前兆もなく働き盛りの人を襲う死であり、「予期していない突然の病死」のことで、急死ともいい、発症から死亡までの時間が24時間以内という医学的定義がされている。定義においては「働き盛り」とあるが、本研究における「突然死」は、高齢者を想定して研究を行った。太田(1994)は、突然死の原因には、急性心筋梗塞、狭心症、不整脈、心筋疾患、弁膜症、心不全など心臓病によるものが6割以上と多く、ほかに脳血管障害、消化器疾患などがあると述べている(太田ほか, 1994)。突然死の中でも心臓病に原因するものを心臓突然死といい、急性症状が起ってから1時間以内と短時間で死亡するため、「瞬間死」ともいわれる。心臓突然死の中でも特に多いのが急性心筋梗塞である。さらに、心臓突然死は先にあげた心臓病が原因となるが、心臓が停止する直接の原因は、心室細動という不整脈が大部分であり、心筋梗塞を例にあげれば、心臓に栄養と酸素を送る冠動脈に動脈硬化が進行して血管の内側(内腔)が狭くなり、さらに狭くなった部分に血栓が詰まると、そこから先の血流が途絶えて心筋が壊死してしまう。こうした事態が発生した後30分~1時間で致命的な不整脈である心室細動が起こり、心室細動によって心室筋が協調した動きを失い、心臓はポンプとしての機能を失う。そのため脳に血液を送ることができなくなり死に至るという。また、田辺(2005)は心臓突然死について述べているが、我が国の突然死の実態にはいまだ不明な点が多く、突然死には統一された定義がないことを指摘している(田辺, 2005)。概念的には、通常の社会生活を送っていたものが予期せず急死したことを突然死としてよいのではないかと考えられるが、例えば突然死をきたす可能性のある心疾患に罹患していた者が急死した場合に「予期せぬ急死」に含めるのか、急死を発症から死亡までの時期によって決めるべきか、死亡に至った臨床経過で判断すべきか、心肺停止から蘇生例を突然死に含めるべきか否かなど、研究者の立場によって判断が分かれていると説明している。また、世界保健機関では世界各国での突然死研究レビューにより、全ての目的を包括する単一の定義はあり得ないと結論付けているという。国際疾病分類においても突然死を包括するコードは存在しない。さらに突然死の頻度について田辺(2005)によると、新潟県や愛知県の調査では、年間人口10万対100強であるが、これに対し、15歳~65歳を対象とした新潟市・長岡市での調査では33、20~74歳を対象とした尾前班の全国共同研究では35であり、年齢に上限を設けた研究では低い値となっている(田辺, 2005)。性別、年齢階級別にみると男性より女性が高く、年齢とともに発生率が高くなる共通した特徴を示している。本論文のなかで田辺(2005)は、突然死の死因と心臓突然死の割合の調査も実施しており、1994年から1995年に行った新潟市・長岡市での調査では、発症登録調査(15~65歳)において、カルテ調査が実施された136名を対象として死因構成を検討している(田辺, 2005)。このカルテ情報をもとにした突然死の死因内訳は、心臓性突然死70%、大動脈疾患3%、脳血管障害17%、循環器以外の疾患10%と続いている。東京都監察医務院による剖検調査(全年齢を対象、180名)においても剖検調査結果から、死因の約60%が心臓性突然死に分類可能であり、さらに長野県佐久総合病院における突然死症例の検討でも、剖検症例の剖検診断、非剖検症例の臨床診断の両者に

において、詳細な疾病構成は異なるものの、約 65%が心臓性突然死に分類されるとしている。このように、田辺らは、突然死の約 60～70%が心臓性突然死であるということは、剖検の有無によらずほぼ一致していると述べている(田辺, 2005)。

2-2-4 我が国の心臓疾患の治療の状況

2-2-3 で「突然死」の定義とその中で心臓性突然死が大部分を占めるという調査結果をまとめた。次に、心臓性突然死に至る手前の心疾患の治療の現状について文献調査を行った。心疾患は、高齢化の進展につれて、高度大動脈弁狭窄症をはじめとして増加することが予想されている。2018 年の日本医学ジャーナリスト協会の新年賀詞交歓会において心臓血管外科の専門家は、2025 年から 2030 年にかけて人口の高齢化にともない心不全の患者が増え「心不全パンデミック」が起これと予測している(日本ジャーナリスト協会, 2018)。すなわち、健康寿命が延びて 100 歳まで生きる世の中になれば心臓疾患は増え、手術適応範囲が拡大すれば医療費はますます増幅することを示唆している。千葉県は、症状や状態により費用は異なるが、心臓手術にかかる費用を千葉県は「総医療費としては 400 万円(人工弁置換 1 か所、冠動脈バイパス術などの場合)程度かかります」とホームページに記載している。また、医療の高度化により手術適応となる高齢者の年齢が上がったにも関わらず、従来難易度の高い症例とされていたものが、安全に行うことができるようになった。人間の死の原因としては、脳死と心臓があるが、心臓が止まるまで様々な理由が存在する。たとえ元気であっても心臓の機能は老化により徐々に落ちていくと考えられている(国立循環器病研究センターホームページより)からである。独居の高齢者が元気な状態で突然の発作でなくなるとすればそれは孤独死が考えられるが、現在の地域包括ケアシステムや様々な情報通信技術(ICT)の活用により、たとえ独居であっても孤独死の確率は減少することが予想される。

2-2-5 多死社会における課題

我が国が抱える課題として超高齢社会における地域包括ケアシステムの設計や取り組みについて調査してきたが、健康寿命の延伸を考えると、予防は一時的な医療費の適正化を促すが、それは、今支払うべき治療費が先送りされるだけであり、社会保障の持続保障性を担保できるものではないことが分かった。例えば、健康な高齢者が増えれば医療費は削減できるが、健康寿命を延伸し、人生 100 年時代が訪れても、突然死による最期を迎えることができなければ、最期は医療機関での治療が必要になる。予防と健康増進により解決された課題は、先送りされたと言い換えることができる。近年の科学技術の進歩により、突然死の可能性は、現代社会においては極めて可能性が低いことが判明した。また、日本の社会保障制度において後期高齢者の医療費負担は極めて少ない負担であり、社会保険で 9 割がカバーされ、後期高齢者の受療行動を促進するものと予想される。これは、高齢者だけの問題ではなく、日本の社会保障制度の上では、共助部分の支払いが給与から天引きされているケースが多く、目に見えて負担を感じるものが少ないため、国民の受療行動を促進していると思われる。病院やクリニックに行った方が薬局で薬を買うよりも、その場での支払いが少ないため、気軽に通院を選択している可能性もある。そのため、健康寿命の延伸活動だけでは、医療費が増え続け、将来的な医療費の適正化にはつながらないことが予想される。このことから、人の医療への受療行動の適正化を図り人生の満足度をあげるためには、医療や健康に関する教育を終末期における意思決定を含めて重要になるのではないかとことが本章で示唆された。

第3章 地域包括ケアシステムにおける住民教育の在り方 地方事例と都市事例

日本における地域包括ケアシステムには人が中心となり運用しているケースと病院などの施設を中心にして運用しているケース2つのケースが文献調査により判明した。本章では人が中心になり運用しているケースの分析を行った。ケースの抽出にあたっては、筆者が東京大学公共政策大学院医療政策・教育研究ユニット医療政策実践コミュニティにて行った「地域包括支援システム研究班」(H-PAC4)¹において、地域包括ケアシステムを推進するための提言を高齢者の介護予防を強化するための仕組み作りを目的として行った(友松ほか, 2015)ときに取り上げた好事例、新潟県湯沢町の保健師が中心となって運用している事例を地方型のシステム構築例として分析し、都市型モデルとしては、同じく保健師及びメディカル・ソーシャルワーカーなどの病院の医療職が中心となって運用している東京都大田区の事例を分析した。両ケースは、いずれも地域包括ケアシステムにおいてPDCAサイクルをうまく回しており、その事例は学会などで紹介され、東京都大田区の事例「みまーも」については、みまーものウェブサイトに記載されているが、すでに4地区において同じ手法を用いて地域包括ケアシステムを実践しており、また、新潟県湯沢町の第1期ファミリー健康プランの監修を行った東京女子医大の清水洋子教授は、他地域においても同手法を用いたシステムの指導にあたっており、今後の普及が想定される²。

3-1 新潟県湯沢町³

新潟県湯沢町は新潟県南部に位置し、人口8,046人、面積357.00km²で街のほぼ94%を山林が占めている。高齢化率は33.90%となっており、日本医師会では今後的高齢化率はさらに進むと予測している(日本医師会, 2018)。また、2012年10月に行われた新潟県福祉保高齢者の現況より高齢者世帯は673世帯と全世帯数3,463世帯の19.4%となる。地域医療資源は、2016年10月現在の地域内医療機関情報の集計値(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)からみると一般診療所は4か所、人口10万人当たりの施設数は49.71と全国平均67.88を下回り、診療科目においても設置は内科系と外科系のみとなっている。また、病院は1か所、歯科医院は5か所となっており、在宅支援診療所については、在宅支援病院が1か所のみである。

3-1-1 新潟県湯沢町の取り組み

2003年に「湯沢町ファミリー健康プラン」を策定。2013年度には、第1次プランの評価を行い、さらにこれを発展させた「第2次 湯沢町ファミリー健康プラン」を2027年までの10年間の計画として策定した。第1次、第2次ともに湯沢町のもつ自然を大事にし、人にやさしいふれあいのある元気な町を目指している。その領域は、高齢者だけでなく全世代にわたり「からだ・こころ・地域性」の3つの領域に区分し取り組んでいる。また、湯沢町ファミリー健康プラン推進委員会での取り組みは同委員会が作成する「かわら版」を通じて町民にも公開されている。委員会の事務局は湯

¹ 2014年度東京大学で行われた社会人講座

http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/h-pac/documents/H-PAC_04_report.pdf (2017年10月13日取得)

² 筆者は、2015年2月長野県木曽町における研修にオブザーバーとして参加。

³ 2015年に筆者らが行った国松明美氏(新潟県湯沢町保健師)へのインタビュー調査と提供資料より作成(2015年2月6日実施)

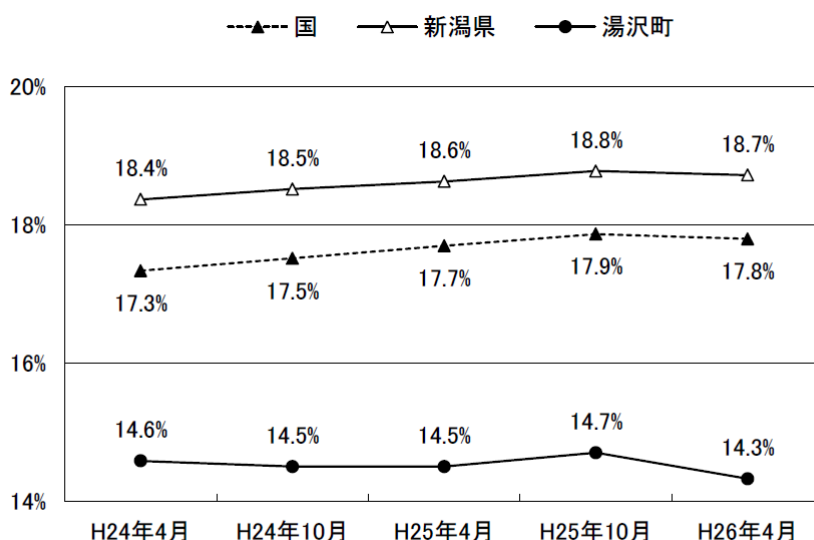
沢町健康福祉部健康増進課が担っており、取り組みに対する評価も行い、町民へのフィードバックも行っている。

3-1-2 新潟県湯沢町における取組の成果

取組の成果は要介護認定者数を用いて説明する。湯沢町の要介護認定者数は、2004年以降 300 人台となり、いったん 2006 年、2007 年に減少。その後再び増加し 2014 年には 392 人となっている。近年の要介護認定者（第 1 号）・認定率は 14% 台で推移しているが、全国平均並びに県平均と比べても低い。（表 3-1-1）これは同プラン推進の成果と推測される。

表 3-1-1

要介護認定者（第 1 号）・認定率の推移（対国、県）



湯沢町 老人福祉計画・第 6 期介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）より

3-1-3 地域包括ケアシステムにおける看護職の役割

湯沢町ファミリー健康プランは、地域包括ケアシステムの一環として実施されている。同プランは、ファミリー健康プラン推進委員会で策定されており、第 1 次では委員 30 名中 12 名が町民であった。これにより、プランの施行における町民の「やらされ感」を払しょくすることができた。委員は PTA、商工会、老人クラブの役員などを中心に任命し、委員長も住民代表から選出した。選出においては、日常的に地域住民と接触のある保健師が中心となった。委員会では、保健師が調整役を務め、住民のニーズ把握のためのフォーカス・グループ・インタビュー（FGI）やアンケート調査の実施し、その結果からプランを策定した。課題は高齢者対策にとどまらず子どもから高齢者まで住民全体の問題から掘り起こした。この一連の流れはすべて住民を含む委員全員で行い、保健師はあくまで裏方としてデータの集計などの運営補助を行った。住民参加型のプラン策定を実施することにより、住民自身が町の問題点を我が事化することができ、課題意識を持つようになった。この中で保健師は、住民自身が理解でき、プランの達成感が得られ、モチベーションが保てるように働いた。また、同町では、プランの評価も同委員会で実施している。さらに、「温水体操教室」などでは、参加者の支援を行うボランティアスタッフの養成も行っている。このように、湯沢町

の保健師は、プラン策定にあたって、調査の実施、解析、さらには住民のプランへの参加を促す動機付けとなる医療費分析、体力測定結果の報告など健康増進の「見える化」を図り、プランの実施にあたっては運営がスムーズにいくように裏方に徹し支援を行っており、住民主体の運営を成功させている。2006 年度に町直営の地域包括支援センターが設置され、高齢者虐待予防支援と認知症支援の取り組みを始め、医療・介護連携においても取り組んでいる。このように、湯沢町においては高齢者支援に終わらず、住民全世代を巻き込んだ活動を行っており、その活動を裏方として支える存在が保健師の役割であったと友松ら（2015）は、述べている（友松ほか、2015）。

3-2 東京都大田区⁴

東京都大田区は、人口 717,082 人、面積 60.66 km²、高齢化率は 21.7%、75 歳以上の全人口に占める割合は年々増加しており、区民 10 人に 1 人が 75 歳以上の高齢者となっている。同時に高齢単身世帯数は、平成 12 年に高齢夫婦世帯数を上回り、平成 2 年の 11,861 世帯から平成 22 年で 34,690 世帯へと約 2.9 倍増加している。高齢夫婦世帯数、高齢単身世帯数ともに、総世帯数に占める割合は増加傾向にあるため、今後の医療・介護需要はますます増加するものと予測される（東京都大田区、2014）。また、現段階では医療・介護需要予測指数は全国平均並みだが、2040 年に向けて徐々にその指数は全国平均を上回る可能性があると日本医師会は予測している（日本医師会、2018）。地域医療資源は、日本赤十字社東京都支部大森赤十字病院をはじめ区内に 27 病院あり、全国平均の 6.58 を大きく上回る。2016 年 10 月現在の地域内医療機関情報の集計値（人口 10 万人あたりは、2015 年国勢調査総人口で計算）からみると一般診療所は 560 か所、人口 10 万人当たりの施設数は 78.09 と全国平均 67.88 を上回っており、診療科目からみた設置数においても全国平均は上回っており、医療においては潤沢な環境下にあるといえる。一方で介護施設においては 75 歳以上 1 千人当たり施設数において施設数は 11.03 と全国平均 12.94 を下回っており、将来においてこの不足は問題になるものと予想される。

3-2-1 東京都大田区（入新井）の取り組み

区内には地域包括支援センターが 21 か所設置されている。この中で、入新井のセンターの活動を取り上げた。運営は社会医療法人財団仁医会牧田総合病院が大田区から委託されて行っている。この入新井が中心になって 2008 年に「太田高齢者見守りネットワーク（愛称：みま～も）」を発足した。その狙いは地域本来のつながりをこの見守りネットワークで作ることであった。ネットワークは 2 つ。「みま～も」は日常生活の中で高齢者を取り巻く「気づきのネットワーク」と福祉・保健医療分野の関係機関からなる「支援のネットワーク」の有機的な連携が基本になっている。「気づきのネットワーク」には高齢者が日常生活の中で通うスーパー、商店、百貨店、老人クラブや金融機関が含まれ、高齢者と日常的に接する配食配達員や新聞配達員などが活躍する。個人の支援を医療・介護者だけでなく町全体で行うのが特徴であるといえる。これにより、1 対 1 の医療・介護から、多くの目で多くの人の支援ができるようになる。「みま～も」は認知症対策の事例として取り上げられることも多いが、認知症の人を含んだ全住民を対象に街を暮らしやすい社会に変えていくことを狙いとしている。また、2008 発足以来、持続可能な運営形態をめざして街づくりを目的とした「みま～も」に賛同してくれる団体（医療機関、事業所、民間企業など）から出資を

⁴ 2017 年に行った東京都大田区社会医療法人財団 仁医会 牧田総合病院 地域ささえあいセンター センター長澤登 久雄氏インタビュー調査より（2017 年 3 月 27 日）

募って運営していることも特徴の一つであり、助成金に頼らない持続可能性のある運営を目指している。現在 94 の協賛がある（2017 年 3 月現在）。協賛団体・企業には資金および労働協力の提供をしてもらっており、月 1 回のペースで行っているイベントでは企画段階から協力してもらっている。この中で、講演者との連絡を企業や団体が担当することで、メリットを享受し Win-Win の関係を構築している。協賛は年度更新ではあるが、10 年間、協賛企業が減った年はない。これは、「みま〜も」に参加することにより、地域のニーズ（住民ニーズ）を肌で感じ取ることができ、事業にも活かすことができるからだと考えている。少子高齢化、人口減少に伴い企業も新たな方向転換が求められている。企業や団体単独での地域貢献には限界があるが、「みま〜も」に参加することにより、住民のニーズを掘り起こすことができる。また、商店街の空き店舗を利用してコミュニティスペース「みま〜もステーション」を作った。この施設は、区民のお休みどころとして大田区から補助金が出ている。ここでは、年間 350 もの講座を行っている。運営主体は協賛企業や団体に加え住民も参加し、住民による手話ダンスの講座などは認知症予防としての対策としても機能していると考えている。同ステーションでは、団体や個人が自分の得意分野を生かして活動している。この活動により、参加店舗においては、収益が上がったところもあり、これを「みま〜も効果」と呼んでいる。今では全国からバスで「みま〜も」の見学に人が集まってきている。商店街の核店舗においても地産の商品を開発し、活動にかかわることでメリットが生まれ、ここでも Win-Win の関係が構築できている。

これらの活動を支える一員として「みま〜もサポーター」を募集している。2017 年 3 月現在 100 名を超えた。こちらは、年会費 2000 円を徴収し、活動には、主体性を持って参加してもらっている。また、2 時間以上活動に協力すると 500 円の商店街の商品券が支給される。自分の役割が地域にあることにより参加意欲が高まり、住民の主体的な地域への参加を促している。さらには周りとの関係も構築することができ、初期の認知症など個人の変化に周りが気付くこともある。この活動には多くの医療・福祉専門職も関わっているため、参加することにより健常者が専門職と交流する機会を持つことができる。このように「地域への参加」は元気な時から行うことにより、個人の変化にも早く気が付くことができるし、参加者が専門職に気軽に相談をすることができる。また、変化を指摘されても傷つかない関係作りが可能になる。地域包括支援センターは大田区全体で、相談件数は月 1 万件を超えるが、これはセンターの存在を認知し、センターにたどり着いた人と言える。センターにたどり着かない人も沢山いると考えており、本活動によりこの層を動かすことができると考えている。現状では、介護・医療の専門職は介護や医療が必要な状態にならないと関わりができないが、この活動に参加することにより、住民は専門職と健康な時期から関わりが持てることも双方のメリットであると考ええる。「みま〜も」は、専門職を地域で活躍させることも一つの目的である。彼らが所属する組織が協賛することにより、組織が地域の活動に理解を示し、協賛の一環で専門職を派遣することができる。専門職はボランティアでは、続けることが難しいと感じており、組織の理解が必要であると考えている。このように、企業を巻き込んだネットワークの構築は都市部の利点といえる。

3-2-2 東京都大田区における取組の成果

「みま〜も」の活動である「地域づくりセミナー」から誕生した SOS みま〜もキーホルダーは、「みま〜も」のセミナー打ち合わせの中で、医療ソーシャルワーカーたちの声から誕生した。このキーホルダーを身に着けることにより救急搬送された高齢者の身元確認が容易にできるように登録システムの仕組みが構築された。登録希望者は、事前に自分の住所を管轄する地域包括支援センターに個人情報登録するため

の申請書を届け、登録した情報を緊急時に関連機関等に提供することに同意を表明してもらう。登録を行うと個人番号が発行され、この番号が入ったキーホルダーが渡される。これは、認知症の高齢者の徘徊にも対応する。警察ならびに消防署とも連携した取り組みである。このような地域の困りごとに対応し、住民が容易に参加できる仕組みを構築していったことも成果であるといえる。「みま～も」実施地区に限定された要介護認定率の変化などの資料は現在存在しないが、各種イベントへの安定した高齢者の参加、ならびに入新井での「みまーも」のネットワークづくりは、その後、2009年に六郷東で導入され、続いて六郷中でも導入されたことから、その成果をはかり知ることができる。

3-3 保健師を中心とした地域包括ケアシステムにおける住民教育

3-3-1 地域包括ケアシステムにおける看護職の役割

立ち上げの中心となった澤登氏は地域包括支援センターがネットワーク体制の構築に立ち向かうためのポイントを3つ挙げている（沢登，2013）。一つ目は「自治体との役割の明確化」、二つ目は「7割を超える自治体が委託での設置をしている中、委託先となる母体法人の理解が必要」、最後に「ネットワークを具体的に行うコーディネーターの役割を担う経験のある職員の配置と、コーディネーター同士の横の連携体制づくり」。本地区に関しては社会福祉士（医療ソーシャルワーカー：MSW）である澤登氏と地域包括支援センターの職員（看護師・保健師など）が中心的な役割を果たしている。

3-3-2 地域包括ケアシステムのコアとなる人材に必要な教育

地域包括ケアシステムの地方型と都市型の好事例を検証した結果、地域にかかわらず、地域包括ケアシステムでは、主役を住民とし、その住民の活動を支えるための医療・介護・福祉（行政）をつなぐコーディネーターが裏方として活躍している。この役割を満たす職種として、地方型の新潟県湯沢町では保健師がその役割を担い、都市型の東京都大田区（入新井）では地域包括支援センター職員（社会福祉士、看護職（保健師、看護師）、主任介護支援専門員）が中心となり活躍している。両ケースともに専門職間の協働にとどまらず、住民を巻き込んだ施策作りを行うことにより、住民が町の問題を「我が事化」し、積極的に事業に参加している。しかしながら、人的資源は地域により異なる。都市部においては、大田区入新井の事例から、企業とその労働者（医療・福祉の専門職を含む）が、地域での活動に参加している。また、湯沢町の事例から、地方では地場産業や地域の組合が活動に積極的に参加している。地域における資源は地域によって異なり、さらにはその地域の問題解決にあたるための個別のプランが必要であり、必ずしも厚生労働省などが収集している国内の好事例がこれに当てはまるとは限らない。今回の調査により、2つの事例から、地域の資源を有効に活用するためにはコーディネーターとして専門職が必要であることが明らかになった。また、地域で機能する専門職に必要となる機能は、①地域を知る力（統計処理能力、分析能力）、②地域つなぐ力（コミュニケーション能力）、③医療・介護・福祉との連携（専門職間の協働力）であることが示唆された。大学における保健師養成教育はこれらの能力を開発するカリキュラムを満たしている。大学における保健師国家資格取得においては看護師の資格が前提であり、その養成大学におけるカリキュラムは医療・介護・福祉の3領域をカバーしている。「地域包括ケアシステムを見据えた看護教育」の中で事例として取り上げた大学の中には、医療・介護・福祉の連携・協働に関するカリキュラムを取り入れているところも見られた。今回の2つの地区の事

例においても保健師は、地域包括ケアシステム運営において「コーディネーター」として機能していた。すなわち大学における保健師養成カリキュラムを経て資格を取得した保健師は、即戦力としての活躍が期待できる。地域包括ケアシステムで即戦力として求められる機能が教育されているのは看護職の中でも、特徴的な教育を受けた保健師資格を有する者に期待されているが、安定した質の高い保健師の供給を養成課程における教育が担保することができれば地域包括ケアシステムを地域に合わせて運用できることが明らかになった。

第4章 地域包括ケアシステムにおける看護教育の在り方

本章では、第3章で保健師の養成課程が教育の質を担保することができれば、保健師は地域包括ケアシステムの中でコーディネーターの役割をはたすことができるということが明らかになったため、保健師養成課程の教育の中心となる看護職養成大学における教育課程の調査を行った。特に、地域包括ケアシステムにおける看護職に求められる機能と看護職養成の大学教育についての比較検証をおこない、看護職中心型地域包括ケアシステムの普及の可能性およびその課題を検討した。

今回の調査は、対象を大学教育とした。その理由は、日本における現在の保健師養成校は図4-1より、全養成校251校中大学が220校(87.6%)と占める割合が高い⁵ためである。そこで本研究では、大学教育を調査し、現状の大学カリキュラムが地域でのニーズに対応しているのかを検討することを目的とした。

図4-1 保健師養成施設一覧

学校種別	課程	就業年限	養成校数
大学院	修士課程	2年	7→10*
大学	(選択制)	4年	191
	(全員必修)	4年	29
短期大学	専攻科	1年	5
専修学校	保健師養成課程	1年	6
	保健師・看護師統合カリキュラム校	4年	10

注) 大学院及び大学は国公立看護系大学などの状況

(平成27年4月現在、*平成28年4月現在)、文部科学省高騰教育局医学教育課、

*専修学校は医療関係職種養成施設 (<https://youseijo.mhlw.go.jp/>) より作成

出典：2017年1月一般社団法人全国保健師教育機関協議会

「保健師教育機関による自治体等の現任保健師の人材育成に対する連携の実際」

に関する調査結果報告より筆者作成

看護職（保健師）は、国民の健康に対する意識の高まりから、予防活動の担い手としての役割を期待されており、看護職の現場のニーズに合わせた教育は社会的課題とされている。そこで、看護職の教育にかかる研究を調査した。その結果、現場（職場）での教育に関する研究は多く存在し、厚生労働省の「看護の質の向上と確保に関する検討会⁶」でも「新人看護職員の質の向上について」等議論されていた。さらに、「看護」と「教育」をキーワードに論文検索⁷を行ったところ、大学教育のカリキュラムと現場のニーズを比較した研究は2015年4月時点では存在しなかった。このため看護職養成大学におけるカリキュラムの調査を計画した。まず初めに、看護教育の変遷の調査を行った。次に、カリキュラムの現状調査を行う上で、大学間に格差が

⁵ 「保健師教育機関による自治体等の現任保健師の人材育成に対する連携の実際」に関する調査結果報告書（2017年1月一般社団法人全国保健師教育機関協議会）

⁶ 2008年11月に設置

⁷ 論文検索システムCiNii使用(2018年9月3日取得) <http://ci.nii.ac.jp/>

見られることが筆者の研究(津村, 2017)で明らかになったため、パイロット調査として、社会的ニーズの高まっている地域包括ケアシステムの中での看護職の役割に着目し、このシステムでの対応を考えて特徴的な教育を行っている4大学を選んだ。選定に際しては日本学術振興会が選定する大学COC事業に選ばれた大学や文部省が選んだGP校など社会的評価を受けている大学の中から調査可能であった3大学と保健師教育モデルの好事例として取り上げられていた(看護展望, 2016)1大学について、そのカリキュラムと特徴的な教育を大学資料から抽出した。

研究の手法としては、第3章の調査で得られた「地域で機能する専門職に必要な機能」について、4大学の文献調査から考察を行った。

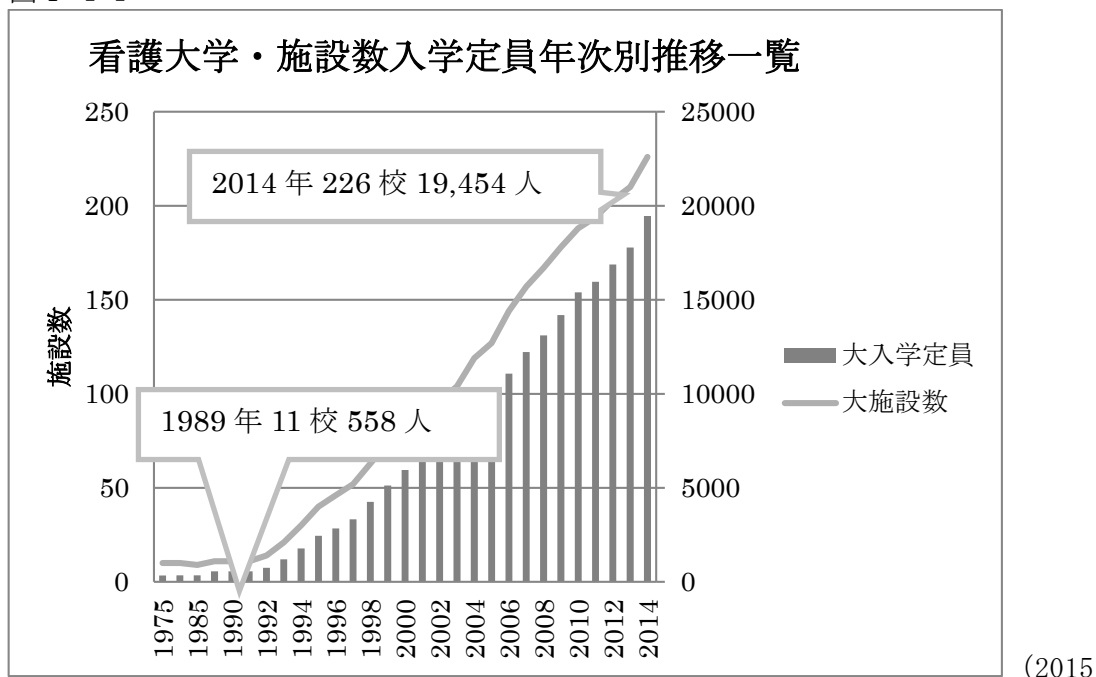
この調査により保健師教育課程の地域看護学領域においては各大学において助成金などを原資とし、個性的なカリキュラムを実施していることが分かった。また、これらのカリキュラムは地域におけるニーズや課題を汲んで作成していることも分かった。2016年7月に日本看護協会は10年ぶりに看護業務基準の改定を行いその中で「看護職は地域など病院や施設外での活躍が求められることになった」と病院外での看護活動の重要性を述べられていることから、看護系大学の卒業生は、地域での活躍を視野に入れた教育が求められていることが分かった。また、パイロット調査において地域看護学領域のカリキュラムは自由度が高いことが分かったため、今後、この領域のカリキュラムについては、全体的な調査が必要であると思われる。さらに、在学中の教育と卒業後の看護実践能力への関与の調査が必要であると考えられる。第3章では、農村部と都市部の看護職(保健師)の活動は、看護職が中心となり、どちらも人的資源と地域資源(産業など)を活用し、住民を巻き込んだ政策立案と施行を可能にしたことが判明した。しかし、現状の教育では、新卒の看護職の到達目標の多くは病院での勤務を前提としており、本調査で対象としている大学教育で確立されている特徴的なカリキュラムは全大学で実施されていないものと推測された。このため、地域包括ケアシステムで機能する能力を養成するための各大学におけるカリキュラムの検証と考察を行った。

4-1 超高齢化社会と大学における看護教育の状況

4-1-1 看護職養成課程の大学化

日本では、人口の高齢化にともない、医療は、「治す医療」から、病を抱えながら生活する患者とその家族を対象とし、生活を主眼におきながら支援していく「治し支える医療」への進展が今後ますます進むと考えられ、生活全体を捉えながら医療の専門的な支援を提供するという特徴を持つ看護職の果たす役割はますます増大してくものと考えられ看護教育の大学化が進んだ。大学における看護職養成校(看護系大学)は1989年11校定員558人から2014年には226校定員19,454人と急増した。この動きは、日本看護協会の2025年に向けた「2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン」においても見られ、「看護の将来ビジョン」のビジョン達成に向けた日本看護協会の活動の方向性として「今後とも変化する国民ニーズに対応するには、卒業後も自己研さんにより能力を高める専門職としての基盤を、看護基礎教育で養成することが重要である。看護職の基礎教育の4年制大学化、専門的教育として保健師・助産師教育の大学院化を推進する。」(日本看護協会, 2015)とあり、このことから、今後、看護職の養成は従来の専門学校中心から大学化に向かうことが予測される。

図 I -1-1



年 5 月 1 現在)

文部科学省看護大学・施設数入学定員年次別推移データより筆者作成

4-2 大学における看護職養成カリキュラム

4-2-1 近年の看護職養成大学教育の動向

看護職養成大学のカリキュラムは2010年3月に学士課程教育の質保障における参照基準として作成された「学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」に沿って、各大学は、これを参照しつつ、教育理念や養成する人材像にあわせて必要な教育内容を改めて検討し、独自の教育課程の編成が求められていると2012年の日本看護系大学協議会が作成した「大学卒業時到達度の評価手法開発のための調査研究報告書」(2012年3月)の中で報告された。また、看護師国家試験の出題基準が、2014年に実践能力強化の観点から「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」及び「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」を反映させ改定された。一方で2012年度入学生より保健師教育が選択性になったことにより、地域看護学領域のカリキュラムに差が見られるようになった。看護業務基準や診療報酬の改定により、新卒の看護職も病院や施設外での活躍が求められるようになってきており、地域における看護職の役割が増す中、看護系大学における地域看護学領域のカリキュラムの違いは、新卒時の看護実践能力に影響するものと想定されるが、大学間のカリキュラムの差による看護実践能力を考える先行研究は存在しなかった。

4-2-2 看護系大学のカリキュラムの編成の現状

日本赤十字武蔵野短期大学の畑尾ら(2015)が看護教育2015年7月号において、看護を大学で学ぶ意義を述べている(畑尾ほか, 2015)。1884年に慈恵医科大の前身である有志共立東京病院において看護法の教授が始められた。その後、1947年に保健婦助産婦看護婦令、1948年に保健婦助産婦看護婦法が公布され、保健婦助産婦看護婦学校指定規則は1951年に文部・厚生省令として定められた。1967年11月30日に文部・厚生両省による看護学校のカリキュラム改正が示された。看護教育は、看護業

務の内容の質的分類に対応して検討された。1989年に看護業務の質的・量的変化への対応を測るという意図のもとにカリキュラムが改正された。これは、医学の進歩に合わせ、また、高齢化社会に対応するものであり、科目構成が、基礎科目、専門基礎科目、専門科目の3つに大別された。その後、1996年に保健師助産師看護師学校養成所指定規則が改正され、1997年4月から施行された。看護における学士教育は1952年高知女子大学で始まった。その後、1953年東京大学医学部衛生看護学科、1964年聖路加看護大学、1968年名古屋保健大学、1975年千葉大学看護学部、1986年日本赤十字看護大学と続き1993年から看護大学が急増してきた。畑尾は、看護の大学化は医療を取り巻く多くの要因の変化に対応して看護教育に求められる質が高度になったことと高学歴志向と相まっていると述べている。

現在の大学における看護職の養成においては、保健師助産師看護師学校養成所指定規則⁸（以下、指定規則）に定められている看護師学校養成所の指定基準（表1-1）を満たす必要がある。指定基準は第四条 三に「教育の内容は別表三に定めるもの以上であること」とされている。これは、具体的な科目設定はされていないが、文部科学省が定める大学設置基準にある卒業要件124単位のうち97単位が指定規則により定められており、他学系統に比べると自由度は極めて少ない。

現行の大学におけるカリキュラムは厚生労働省ホームページ「保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成26年版の改定概要について」のⅡ．改定の概要1．全体的事項によると「保健師教育、助産師教育及び看護師教育のカリキュラム改正の趣旨や教育内容等を踏まえて見直した。」とある。「実践で求められる基礎的な知識や技能を用いた応用力及び判断力を評価できるよう改定を行っている。

⁸ 保健師助産師看護師学校養成所指定規則は、1951年8月10日に、日本国の保健師助産師看護師法に基づき文部省・厚生省令第1号として交付された省令である。

表 4-2-1 保健師助産師看護師学校養成所指定規則 第四条 三

教育内容		単位数
基礎分野	科学的思考の基礎	13
	人間と生活・社会の理解	
専門基礎分野	人体の構造と機能	15
	疾病の成り立ちと回復の促進	
	健康支援と社会保障制度	6
専門分野Ⅰ	基礎看護学	10
	臨地実習 基礎看護学	3
専門分野Ⅱ	成人看護学	6
	老年看護学	4
	小児看護学	4
	母性看護学	4
	精神看護学	4
	臨地実習 成人看護学	6
	臨地実習 老年看護学	4
	臨地実習 小児看護学	2
	臨地実習 母性看護学	2
	臨地実習 精神看護学	2
統合分野	在宅看護論	4
	看護の統合と実践	4
	臨地実習 在宅看護論	2
	臨地実習 看護の統合と実践	2
合計		97

e-gov サイトより作成 (2016 年 12 月 15 日参照)

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S26/S26F03502001001.html>

4-2-3 大学における看護教育に関する検討について

大学における看護教育に関する検討は主に文部科学省における検討会で実施されている。2011 年に設置された大学における「看護系人材養成の在り方に関する検討会」の最終報告書では、学士課程における看護系人材養成の特長を看護師等は人に関わるケアについて責任をもって実践していく能力を有する必要があるためとしており、看護職としての専門的な知識・技術の教育にとどまらず、批判的思考力や創造性の涵養、研究能力の育成が求められるとしている。これらは、主体的に考え行動することができ、保健、医療、福祉等のあらゆる場において看護ケアを提供できる能力を、生涯を通じて獲得していくことが求められている。しかし、近年の社会の人口構造の変化やそれに伴う医療の変化において、実習施設など教育環境を整備することに困難が生じており、実践力においては特に問題としている。また、大学教育は、就労後の新人研修へと効果的に接続することができる内容を考慮し、看護職としての発展性につなげるものにする必要があるとしている。この検討会では、学生の資質が変化中、改正された指定規則の教育内容を充足し、看護専門職の基盤となる資質を身に付け、長く就労し看護活動ができることを念頭に入れるための方策を検討している。

この中で、看護職養成大学における保健師教育については、質の高い教育を担保するために公衆衛生看護活動に焦点を当て、保健師に求められる役割の増大を鑑み、少

人数での指導を可能にするため、2012 年入学生より選択制とした。現行通り保健師教育を含めた教育課程または保健師教育を選択できる教育課程とするかは、大学の教育理念・目標や社会ニーズに基づいて選択できるようになった。保健師教育は、大学専攻科あるいは大学院において高度専門職業人の養成を目指した教育を実施することなどの方策を通じて、社会のニーズに応え得る保健師教育の充実を図ることを考慮すべきとの意見もあった。大学における看護職教育の質保障においては、各大学がその教育理念に基づき主体的に決定していくこととし、質の保障の在り方については、参照基準として「学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」が策定された。本検討会では、看護実践能力の定義と卒業時到達目標として「5つの能力群と20の看護実践能力一覧」（表4-2-2）を策定した。

表 4-2-2 5つの能力群と20の看護実践能力の一覧

I 群 ヒューマンケアの基本に関する実践能力
1) 看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する能力
2) 実施する看護について説明し同意を得る能力
3) 援助的関係を形成する能力
II 群 根拠に基づき看護を計画的に実践する能力
4) 根拠に基づいた看護を提供する能力
5) 計画的に看護を実践する能力
6) 健康レベルを成長発達に応じて査定 (Assessment) する能力
7) 個人と家族の生活を査定 (Assessment) する能力
8) 地域の特性と健康課題を査定 (Assessment) する能力
9) 看護援助技術を適切に実施する能力
III 群 特定の健康課題に対応する実践能力
10) 健康の保持増進と疾病を予防する能力
11) 急激な健康破綻と回復過程にある人々を援助する能力
12) 慢性疾患及び慢性的な健康課題を有する人々を援助する能力
13) 終末期にある人々を援助する能力
IV 群 ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力
14) 保健医療福祉における看護活動と看護ケアの質を改善する能力
15) 地域ケアの構築と看護機能の充実を図る能力
16) 安全なケア環境を提供する能力
17) 保健医療福祉における協働と連携をする能力
18) 社会の動向を踏まえて看護を創造するための基礎となる能力
V 群 専門職者として研鑽し続ける基本能力
19) 生涯にわたり継続して専門的能力を向上させる能力
20) 看護専門職としての価値と専門性を発展させる能力

2011 年大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告書より筆者作成

4-3 保健師養成課程

2009 年 7 月に公布された保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律(以下、「改正法」という。)において、保健師、助産師の国家試験受験資格に必要とされる修業年限が 6 か月以上から 1 年以上になり、看護師国家試験受験資格を有する者として、「大学において看護師になるのに必要な学科を修めて卒業した者」が追加された。これを受け、文部科学省においても、厚生労働省の検討内容を大学・短期大学に適用する際の課題等について検討を行い、2011 年 1 月、指定規則が改正された。この改正により、保健師の教育内容の一部が「地域看護学」から「公衆衛生看護学」へ変更され、保健師及び助産師の国家試験受験資格取得に必要な単位数が従来の 23 単位から 28 単位に増加した。

2011 年 3 月の「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」によると、「今日、健康危機管理や児童虐待の予防、自殺対策など複雑な健康課題が顕在化するなかで、こうした課題の予防・解決に一定の役割を果たしてきた家族機能や地域における人々のつながりが変化・縮小するなど、保健師活動を取り巻く環境は大きく変化しており、保健所及び市町村の保健センターの業務や組織が再編され、保健師の分散配置が増えていることから、保健師には、保健福祉チームの中で自律的に働くことがこれまで以上に求められている」(文部科学省, 2011)と記載されており、これらを背景に、公衆衛生看護活動に焦点を当て、保健師に求められている役割に対応できる能力の基礎を身につけることを目的として、指定規則に定める教育内容の充実が図られた。こうした状況を踏まえ、学士課程においては、基本方針で述べられているような、看護師等の基礎となる教育内容が確保されることを前提として、今後、看護師教育のみの教育課程とするか、保健師教育を含めた教育課程とするか、あるいは希望する学生が保健師教育を選択できる教育課程とするかは、各大学が自身の教育理念・目標や社会のニーズに基づき、選択できるものとなった。これにより、文部科学大臣指定(認定)医療関係技術者養成学校一覧(2015 年 5 月 1 日現在)によると看護師教育のみの教育課程を持つ看護系大学は全国 231 校のうち 17 大学存在する。その内訳は、国立大学 5 大学、公立大学 3 大学、私立大学 9 大学となっており、この数は、全体からみると 7.4%であり、大多数の大学が保健師教育を選択制としている。この教育課程の変更により、2016 年の保健師国家試験受験者において新卒者の受験者および合格者は半減した。

2015 年(第 101 回) 受験者 16,622 合格者数 16,517(15,381)

2016 年(第 102 回) 受験者 8,799 合格者数 7,901(7,684)

※合格者()内は新卒者の合格者数

※2016 年 3 月卒業生より看護師養成大学の学士課程における保健師が選択性となった。

4-4 地域包括ケアシステムを見据えた看護教育

地域包括ケアシステムを見据えた看護教育を行っている看護職養成大学の事例を大学が作成する資料により調査を行った。選択においては日本学術振興会が支援を行う COC 校と文部科学省が支援を行う GP 採択校の中で看護師養成課程をもつ大学の学部学科を抽出し、その中から本領域において特長な教育をしている 4 大学を選び下記 7 項目について調査を行った。

① 調査対象大学

1) 横浜国立大学 COC 校 グローバルな地域包括ケア

- 2) 神戸市看護大学 COC 校 地域住民と協働でコミュニティーケア
- 3) 群馬大学 GP 地域完結型看護リーダーの育成
- 4) 北海道医療大学看護福祉学部看護学科

2015 年 12 月地域包括ケアセンターを開設し、教育と連携。

② 大学調査における比較項目は次のように定めた。

- 1) 大学教育の理念
- 2) 学部および学科教育の変遷
- 3) カリキュラムの狙い（看護教育の到達目標・看護師に求められる能力の設定）
- 4) 地域包括ケアシステムの定義
- 5) 地域看護学領域のカリキュラム
- 6) 他学部との連携
- 7) その他

4-4-1 COC 校

「地（知）の拠点整備事業（大学 COC 事業）」は、日本学術振興会が各大学の強みを生かしつつ、大学の機能別分化を推進し、地域再生・活性化の拠点となる大学の形成を支援する制度であり、2013 年から始まった。この制度に採択された大学を本研究では COC 校とする。2015 年には COC を発展させた「地（知）の拠点大学による地方創生推進事業（COC+）」も始まっており、これは、地方公共団体や企業等と協働して学生にとって魅力ある就職先の創出をするとともに、その地域が求める人材を養成するために必要な教育カリキュラムの改革を断行する大学の取組を支援することを目的として実施している。この COC 校の中で 2013 年に採択され、地域における連携を取っている 2 大学に着目した。2013 年は 299 件の単独申請があり、48 件が採択された。共同申請は 20 件あり採択は 4 件であり、合計 319 件申請があった中での 52 件となる。このうち大学は 289 件申請、48 件採択で、内訳は、国立大学 22 校採択、公立大学 14 校採択、私立大学 15 校採択されており、大学全数の 69.2%が国公立大学である。神奈川県横浜市と協働で「環境未来都市構想推進を目的とした地域人材開発・拠点づくり事業」を実施している横浜市立大学、兵庫県神戸市と協働で「地域住民と共に学び、共に創るコミュニティーケアの拠点づくり」をしている神戸市看護大学の 2 大学について各大学が公表している事業の報告書や他の資料より調査 7 項目について特長を抽出した。

4-4-1-1 横浜市立大学

1) 大学教育の理念

国際都市横浜における知識基盤社会の都市社会インフラとして、特に教育研究・医療の拠点機能を担うことをその使命とし、社会の発展に寄与する市民の誇りとなる大学を目指す。

2) 学部および学科教育の変遷

1995 年看護短期大学部を設置した。2005 年に看護短期大学部は募集停止、医学部看護学科を設置した。看護短期大学部は 2008 年に廃止。2010 年に大学院医学研究科看護学専攻を設置。

3) カリキュラムの狙い（看護教育の到達目標・看護師に求められる能力の設定）

幅広い教養と豊かな人間性、生命と個人の尊厳を尊ぶ高い倫理観と国際的視野を備え、看護専門職として高い知識と技術を有し、科学的思考に基づいて看護実践を遂行し、地域社会の人々の健康と福祉に貢献できる人材を育成。

4) 地域包括ケアシステムの定義(看護展望, 2016)

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域の体制と定義している。また、地域包括ケアシステムについては、概念図はあるが、実施体制などについてはその地域に委ねられているため、そのシステムの中心として看護職が活躍するためには柔軟な考え方が必要としている。

5) 地域看護学領域のカリキュラム

専門科目の中に健康生活応用看護学Ⅱを設置しており、その中に地域看護学と在宅看護学が配置されている。科目名はホームページ上では確認できなかったが、学修内容は、対象を個と集団との関係で捉えることに加え、地域社会の健康生活と関わる仕組みを包括して捉えるよう教授し、特に、個人・家族・集団・地域の健康の回復、維持、増進に焦点をあて、他職種と協働する中で看護の役割の理解を深める。

6) 他学部との連携

国際総合科学部に国際都市学系まちづくりコースを設置している。このコースに所属する教員と企業との共同で団地に住む高齢者を対象に、高齢者の見守りシステムの構築に関する研究を行っている。また、横浜市は国際都市であり、グローバル教育にも力を入れており、英語教育を行う Practical English センターを設置しており、学生の海外での学修の機会となる「海外フィールドワーク」当プログラムも設置している。大学内にあるグローバル都市協力研究センターでは「環境」「まちづくり」「公衆衛生」の3ユニットを中核にし、グローバルな都市課題の解決に向けて取り組んでいる。

7) その他

2013年のCOCは「環境未来都市構想推進を目的とした地域人材開発・拠点づくり事業」で採択されており、さらに2015年度は科学技術振興機構日本・アジア青少年サイエンス交流事業(さくらサイエンス)の助成もあり、高齢化と健康～高齢社会における看護～をテーマにフィリピンの大学の教員・学生との交流を行った。

以上、横浜市立大学では、国際総合学部との連携により、地域看護学領域並びに公衆衛生分野においてグローバルな活動がされており、学生の海外での学修も実施している。そのため語学教育も充実させている。また、国際都市横浜市との連携で、地域貢献活動も行っている。

4-4-1-2 神戸市看護大学

1) 大学教育の理念

地域社会の保健・医療・福祉に貢献できる看護専門職の育成を使命とし、この使命を果たすための理念として、まず、広い視野と豊かな教養に基づいて、人間を全体として捉える力を育成。第二に、学生と教職員との日常的な関わりのなかで、学生のいっそうの人格形成を促すとともに、他者との関わりの進化を支援。第三に、看護学の

目的である実践への志向性を育み、看護実践に必要な知識や技術とともに、それを支える分析的かつ総合的思考を育成する。

2) 学部および学科教育の変遷

1996年4月開学。2000年4月大学院看護学研究科を設置。2005年助産学専攻科を設置し、2006年4月には大学院博士課程後期課程を設置した。

3) カリキュラムの狙い（看護教育の到達目標・看護師に求められる能力の設定）

カリキュラムは教育理念のもとに神戸市という地域に根ざした看護大学の特色を生かすことを目指して構築している。また、最近の社会的要請として強く期待されている「看護実践能力」を身につけた卒業生を送り出すために、入学時から4年間にわたって教育目標に沿った体系的なカリキュラムを準備している。また、学科長によると基礎看護教育は、看護を提供する場の特性に応じた教育が行われているが、今後は顧客を中心に必要なケアを提供し、ニーズに基づいて必要な場におけるサービスをコーディネートあるいはマネジメントしていき、地域にまた戻ることを支援するスキルが必要としている（学科長の言葉は、看護展望, 2016）。その中で、在宅看護学や公衆衛生看護学は在宅で療養している者の視点で必要な看護を考えることができるスキルの習得を目指している。また、在宅看護学を1つの専門領域ですべて担うのではなく、小児や精神看護学のような看護専門分野における在宅看護の実践についても講義するようにサブジェクトを構成している。

4) 地域包括ケアシステムの定義

2025年に向けて後期高齢者の人口が現在の約2倍になると予測されている（神戸市, 2016）日本社会を背景に、高齢者は、住み慣れた地域で、自分らしい生活を維持しながら健康寿命を全うすることが求められている。地域包括ケアシステムは、このような考え方にに基づき、住み慣れた地域で健康を維持し、自分らしさを最後まで保つために必要な医療、介護、住まい、予防、生活サービスなどを自分の住む地域で確保できる制度であり、地域包括ケアサービスの提供には、保健・医療・福祉の専門職の連携が重要であり、なかでも、継続看護や訪問看護を実践する看護師の役割が大きいとしている。

5) 地域看護学領域のカリキュラム

利用者支援能力育成科目を地域・在宅看護学として設置。COCの授業科目として、在宅看護概念論、地域看護学概論を2年次に履修し、3年次に在宅看護論、健康学習論、3～4年次にかけて、地域・在宅・訪問看護学実習がある。COCは高齢化に伴う神戸市の課題である①医療連携の強化、②訪問看護人材の育成、③地域ケアシステムの構築、④地域住民のネットワーク構築に対応した形で、継続看護教育の強化、訪問看護教育の強化、他職種間連携の充実と組織化、地域コミュニティの育成支援の取組を行っている。COCではこのような課題解決に貢献できる人材育成を目標とした。具体的には、地域住民の暮らしの理解を促進し、住民の協力による「コラボ教育」を基盤に訪問看護や継続看護の教育の強化を図っており、保健師活動に近い実践型の教育である。

6) 他学部との連携

看護学部1学部のため同大学他学部との連携は見られない。

7) その他

2006年に採択された現代GP事業（文部科学省）をきっかけに2009年に導入された教育ボランティア制度は、大学側が働きかける地域住民への支援と地域住民による大学教育への協力を融合させたカリキュラムである。大学での教育に地域住民が参加し、模擬患者などとして教育に協力。学外実習においては地域の中での人々の暮らしを理解する際の協力者となってもらっている。これは、学生たちへの地域の理解また、学問への理解度を促している（江川ほか，2011）。

以上、神戸市看護大学では、住民とのコラボレーションによる教育を展開しているのが特徴となっている。また、高齢化が一つのキーワードとなっており、2015年に実施されたCOCの中間評価（看護展望, 2016）によると、学生の地域志向性は、2013年度と比べると上昇志向にあり、75%の学生の地域志向性が高まっていることが示されていた。また、「地域のための大学」として実施している科目の受講生も96%を超えており、大学側の意図するカリキュラムの狙いが学生にも伝わっていることが示されている。

4-4-2 GP採択校

GPの定義は文部科学省が定めており、各大学・短期大学・高等専門学校等（以下「大学等」とする。）が実施する教育改革の取組の中から、優れた取組（Good Practice）を選び、支援するものとしている。文部科学省では、これらのサポートのためのプログラムとして、「特色ある大学教育支援プログラム（特色GP）」と「現代的教育ニーズ取組支援プログラム（現代GP）」及び「質の高い大学教育推進プログラム（教育GP）」を実施している。このGP採択校の中で課題解決型高度医療人材養成プログラム「群馬一丸で育てる地域完結型看護リーダー」を大学院保健学研究科看護学講座で実施している群馬大学医学部保健学科看護学専攻に着目した。

4-2-1 群馬大学医学部保健学科看護学専攻

1) 大学教育の理念

教育学、医学、工学、社会情報学の各分野における教育及び研究を通して、真摯に時代の要請に応え、二十一世紀を多面的かつ総合的に展望し、地球規模の多様なニーズに応えるため、新しい時代の教育及び研究の担い手として、新しい困難な諸課題に意欲的、創造的に取り組むことができ、幅広い国際的視野を備え、かつ人間の尊厳の理念に立脚して社会で活躍できる人材を育成する。

2) 学部および学科教育の変遷

1949年附属看護婦養成施設を設置し、1951年に附属看護学校を設置。1965年には附属助産婦学校を設置。その後、1977年に医療技術短期大学部を設置し、附属看護学校は、1980年に、附属助産婦学校は1982年に廃止。1996年に、医療技術短期大学の保健学科への改組に伴い、医学部保健学科看護学専攻となった。2000年医療技術短期大学は廃止。

3) カリキュラムの狙い（看護教育の到達目標・看護師に求められる能力の設定） （看護展望, 2016）

保健学科におけるカリキュラム構成コンセプトは、進展してやまない時代状況を踏まえ、全人的医療の担い手として、また世界の最前線に立つことのできる人材を育成。看護学専攻は、看護の専門的知識や技術を学び、病気を予防する健康教育、健康

回復への支援、終末期ケア、人間のライフサイクル各期における看護を習得し、高度・専門化した保健医療福祉に対応できるような教育を行う。また、卒業時の目的としては、地域完結型医療・ケアの考え方に立脚し、すべての人々が、適切なときに適切な場所で適切な医療やケアを受けながら、自分らしい生活を送れるよう、地域での暮らしや看取りまでを見据えた看護を実践する能力を修得する。また、地域包括ケアに根差した看護人材育成においては、これまでの病院中心の医療に対応した看護教育から脱却し、地域志向型の看護教育へ転換することが必至と考え、病院看護の中にこそ「在宅看護」があるとの考え方を基盤とした教育改革に取り組んでいる。

4) 地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアシステムは、どんな病気や障害があっても、というソーシャルインクルージョン（社会的包摂）の考え方に基づく。また、年齢を問わず、かつ健康な時から人生の最終段階にいたるまでの時間軸をも含み、人々が自分の居住する地域で必要な支援を受けながら、安心して暮らせることを可能にするためのシステムと考えている。

5) 地域看護学領域のカリキュラム

専門基礎・支持的科目として、「保健疫学」と「健康教育論」、「公衆衛生学」の3科目を配置し、専門科目に「地域看護学総論」、「地域看護学方法論Ⅰ」、「保健福祉行政論」、「地域看護学方法論Ⅱ」、「地域看護学方法論演習」、「健康生成論」、「在宅看護学方法論」、「健康生成論」、「地域看護学実習」9科目配置している。

6) 他学部との連携

ホームページや資料などでは特に記載がなかった。

7) その他

在宅ケアマインドと一貫教育を行っている。1年次から、すべての講義・演習・実習において「在宅ケアマインド」の目標を掲げ、到達できるように一貫教育を行っている。大学院教育では地域完結型看護リーダー養成コースを設置しており、これは、従来の病院・施設中心の医療や看護ではなく、人々の本来の生活の場である地域・在宅を見据えた看護が提供できる人材の育成についての教育プログラムを強化している。

以上、群馬大学では、学部において、「在宅ケアマインド」を定義し、地域・在宅での看護教育に力を入れており、地域での活動を視野に入れた教育を行っている。

4-4-3 大学独自事例

2015年12月にキャンパス隣接地に「地域包括ケアセンター」を開設した北海道医療大学看護福祉学部看護学科に着目した。同大学の地域包括センターは、札幌あいの里キャンパス（臨床キャンパス）と北海道医療大学病院の隣接地に開設された。訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を併設し、看護師、福祉専門職、リハビリテーション専門職が密接に連携した在宅ケアサービスを提供している。また、学生の実習拠点としても機能させ、在宅医療・介護の現場で即戦力となる人材を育成するための多職種連携教育を実施している。

4-4-3-1 北海道医療大学看護福祉学部看護学科

1) 大学教育の理念

生命の尊厳と個人の尊厳を基本として、保健と医療と福祉の連携・統合をめざす創造的な教育を達成し、確かな知識・技術と幅広く深い教養を身につけた人間性豊かな専門職業人を育成することによって、地域社会ならびに国際社会に貢献すること。

2) 学部および学科教育の変遷

1993年4月看護福祉学部看護学科を開設。その後、1997年4月には、大学院看護福祉学研究科看護学専攻/臨床福祉・心理学専攻修士課程開設し、1999年4月大学院看護福祉学研究科看護学専攻/臨床福祉・心理学専攻博士課程を開設。看護学科に関わる施設としては、2005年4月認定看護師研修センターを設置、2015年12月地域包括ケアセンターを開設している。

3) カリキュラムの狙い（看護教育の到達目標・看護師に求められる能力の設定）

看護と福祉を融合した全国初の看護福祉学部。看護と福祉の専門職を総合的にとらえ、相手のことを深く理解し、ヒューマンケアの担い手としてのケアを実践できる看護師を育成。看護の知識と技術を学ぶほか、学部学科の域を越えた多彩かつ独自の科目を開講している。また、多職種連携教育科目を配置し、全学部学科の学生で議論を行い、それぞれの専門職への理解を深める教育も行っており、チーム医療に必要な幅広い視野を育成。

8) 地域包括ケアシステムの定義（看護展望，2016）

地域包括ケアシステムに関しては、わが国の世界に類を見ないスピードで高齢化が進行している中、持続可能な医療・介護の制度設計が最重要課題となっているととらえ、2025年を見据えた在宅を中心とした新しい医療への転換が進められており、推進するためには看護師が多職種連携の中で機能できる能力が求められており、その中で人々の生活状況や健康課題、社会における問題を総合的にとらえる能力が必要とされ则认为ている。

4) 地域看護学領域のカリキュラム

医療基盤教育から「メディカルカフェをつくる」など大学独自科目がみられる。看護学科専門教育Ⅳの選択科目は保健師養成コース以外の者も選択可能であり、本領域においては今回の調査大学中、最も科目数を多く配置している。この他、在宅看護の科目配置も指定規則に沿って配置されている。

5) 他学部との連携

教育理念の「保健・医療・福祉の連合と統合をめざす創造的な教育の推進」を掲げ、学部を超えた連携と多職種連携に向けた教育も行っている。

6) その他

大学が設置する地域包括ケアセンターを活用した看護教育を行っている。地域包括センターは訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を設置しており、在宅支援（臨床）、教育、社会貢献および研究の4事業を実施している。

以上、北海道医療大学では、地域包括センターをはじめ、特徴的な教育を行っている。同大学では、従来の教育では、学生が地域包括ケアシステムについて理解するのが難しいと考え、地域包括ケアシステムを学修する機会を設けた。これは、地域住民との交流を通して、地域での暮らしを修学することが必要と考えたからである。また、カリキュラムを変更した結果、地域包括ケアで求められる生活の捉え方について理解が深まったと分析している。地域包括ケアセンター内には、地域住民と意見交換ができる交流サロンを設けており、これにより学生は授業や実習時間外でも自由に地域住民と交流することができる。今後、サロンを活用し、拓北・あいの里地区の地域包括支援センターとの共催により近隣の小学生を対象に「認知症サポーター養成講習」を開くことも予定している。（看護展望，2016）

今回調査を行った、4 大学は保健師養成課程を選択制としており、筆者が看護教育のパイロット調査として行った研究対象校の 1 学部のカリキュラムと比較すると、今回調査した地域看護学領域は、科目名、科目内容ともに特徴的な教育であることが伺えた。さらに地域包括ケアシステムの考え方についても大学間で差が見られた。今回注目した地域看護学領域においては 4 大学間でも差が見られ、各大学で大学の理念にそった科目配置（カリキュラム）がされ独自カリキュラムが運用されていることが明らかになった。そこで、次に大学間の差について言及していく。

4-5 大学設置認可制度と看護師養成大学

立命館大学の安岡は大学教員に求められる能力は一般的に教育能力、研究能力、社会貢献能力、学内運営能力などと述べている（安岡，2009）。この中で教育力の一部がカリキュラム作成能力であると考え、地域看護学領域におけるカリキュラムの差を検討していく。する目的で、3-2 東京都私立 A 大学の両学科における教員構成を調べた。また、2014 年に行われた文部科学省による設置計画履行状況等調査を検討した。

4-5-1 東京都私立 A 大学における設置基準にかかる検証

東京都私立 A 大学において学問領域別職位別教員数の検証と教員の学位の取得状況をみた。

(1) 学問領域別職位別教員数の検証

2 学科で職位別教員数の検証を行った。文部科学省の大学設置基準第十三条によると、学部の種類及び規模に応じ定める専任教員数は収容定員 400 名の場合 12 名であり、収容定員 800 人の場合は 15 名と定められている。また、この表に定める教員数の半数以上は原則として教授とすとなっており、A 学科の場合は収容定員 400 人であるので指定規則によると専任教員 12 名うち半数の教授 6 名が必要であるが、表 3-9 より、専任教員 48 名、教授 9 名であり基準は満たしている。B 学科は、収容定員 800 人であるので指定規則によると専任 15 名のうち半数を超える 8 名が必要であるが、表 3-9 より、専任教員 65 名、教授 9 名であり基準は満たしている。2 学科を比較した場合、一人当たりの学生数を単純に計算すると専任教員 1 人あたり、A 学科は 8.3 人、B 学科は 12.3 人と A 学科の方が手厚いことがわかった。B 学科は 2014 年 4 月に 100 名の定員を持つコースを同学科内に増設している。大学設置認可制度の概要によると新たに学部等を設置するにあたり、当該大学が授与する学位の種類、分野の変更を伴わないものは、認可を要せず文部科学大臣にあらかじめ届け出ること

することが可能（学校教育法第4条第2項、同法施行令第23条第2）となっており、B学科D看護学コースはその制度で設置されたコースである。次に教員の学位取得の状況をホームページより調べた。（表4-5-1、表4-5-2）

表4-5-1 保健師養成課程を持つA学科（定員：100名）専任教員48名

	教授	准教授	講師	助教	助手
看護管理	1				
機能看護学		1	2	1	
基礎看護学	1	1	2	1	
小児看護学	1	1	1	1	
精神看護学	1	1	1	1	
臨床看護学（慢性期）	1	1	1	2	
臨床看護学（急性期）		1		2	1
成人看護学（急性期）		1			
地域看護学	1	1	1		1
老年・在宅看護学	1	2	1	2	1
養護	1				1
母性看護学・助産学	1		3	2	1
全体	9	10	12	12	5
	18.8%	20.8%	25.0%	25.0%	10.4%

※大学ホームページより筆者が作成（2016年12月10日）

表4-5-2 看護師養成課程に特化したB学科（定員：200名）専任教員65名

	教授	准教授	講師	助教	助手
基盤看護学	2	2	1	1	1
総合看護学	1	2			1
基礎看護学	1	2	2	3	2
看護技術に関する研究					1
成人老年看護学		2	4	2	6
小児看護学	2		2		1
母性看護学・助産学	1	3	3	2	1
精神看護学	1	1	2	2	
地域看護学		2			2
在宅看護学	1		1	1	
表記なし		1			
全体	9	15	15	11	15
	13.8%	23.1%	23.1%	16.9%	23.1%

大学ホームページより筆者が作成（2016年12月10日）

(2) A大学教員における学位の取得状況

表4-5-3,4の通り、全体でみるとA学科は博士号取得者の割合39.6%、B学科は16.9%であり、A学科の方が割合は高いことが分った。

表 4-5-3 A 学科教員の学位の取得状況

	博士	修士	学士	未確認	全体
教授	8	1			9
准教授	7	3			10
講師	4	8			12
助教		12			12
助手		2	3		5
	19	26	3	0	48
	39.6%	54.2%	6.3%		

大学ホームページより筆者が作成（2016 年 12 月 10 日）

表 4-5-4 B 学科教員の学位の取得状況

	博士	修士	学士	短大学士	未確認	全体
教授	6	2			1	9
准教授	3	11			1	15
講師	2	13				15
助教		11				11
助手		5	8	2		15
	11	42	8	2	2	65
	16.9%	64.6%	12.3%	3.1%	3.1%	

大学ホームページより筆者が作成（2016 年 12 月 10 日）

文部科学省の大学設置基準によると職位に対する学位は次のように書かれている。いずれも学位は必須ではないが、教授は、博士の学位、准教授は修士の学位を有するものと書かれているが、B 学科においては教授であっても学位を持たないものも確認された。B 学科の教授の人数は領域の数を下回っていたため、領域別学位別に教員の配置を確認した（表 4-5-1、表 4-5-2）ところ教授の配置されていない領域が 2016 年 12 月 10 日現在 2 領域存在した。（看護技術に関する研究は助手 1 名のみであったので除外した。）定員増設における教員審査はないため届出のみで完了する。このような看護大学が多くなると研究の指導における問題が発生するのではないかと推測される。届出設置制度においては、2014 年 4 月 1 日から届出制度の見直しが施行されているが、その理由は特に保健衛生学分野において、届出により設置されている教員組織の質の確保に懸念が生じているためとしている。ただし、この見直しは保健衛生学関係で従来はまとめられていた看護学関係、リハビリテーション関係を保健衛生学関係から切りだしただけであり、A 大学のように看護学科内での 2014 年のコースの増設は届出による設置が可能であったため教員審査はなされていない。2013 年に中央教育審議会、大学教育部会でなされた「届出設置制度の課題と見直しの検討」の中ので考えられる見直しの例には、「届出で設置することで教員審査を経ないため、教員組織の質の確保に懸念が生じている。特に保健衛生分野に着目」とある。同学科であっても A 大学の 2 コースのように 1 つは東京都区内、1 つは東京都区外にあり、同じ看護学関係であっても教員の移動は検索サイト「乗換案内」（ジョルダン株式会社）で調べると両キャンパスの最寄の駅である JR 五反田駅から JR 立川駅まで最短所要時間で 47 分であり、近いとは言えない。本来であれば、教授または准教授が領域におい

て2人の配置が求められると考えられるが、同じ学科にあるため数字上の問題にはならない。

表 4-5-5 B 学科 領域別学位別教員配置

	教授	准教授	講師	助教	助手
基盤看護学	2	2	1	1	1
総合看護学	1	2			1
基礎看護学	1	2	2	3	2
看護技術に関する研究					1
成人老年看護学		2	4	2	6
小児看護学	2		2		1
母性看護学・助産学	1	3	3	2	1
精神看護学	1	1	2	2	
地域看護学		2			2
在宅看護学	1		1	1	
表記なし		1			
全体	9	15	15	11	15
	13.8%	23.1%	23.1%	16.9%	23.1%

大学ホームページより筆者が作成（2016年12月10日）

このように、制度が見直されてからの設置ではあるが、増設の単位がコースであるために問題とされないケースが他にもある可能性もある。今回の個別の教員調査は、A大学のみであるが、参考まで、東京都内の私立大学で看護師養成コースを持つ大学20大学の学部長または学科長の学位について各大学のホームページより調査をおこなった。博士号が確認されたものは17名であり、看護学博士7名と一番多く、医学博士4名、保健学博士2名、教育学博士2名、経済学博士1名、社会学博士1名となった。未確認の3名のうち1名は博士課程修了者であり、1名は修士号を取得しているが、1名は学士号の取得もホームページ上では確認ができなかった。今回の研究では学位と教員の質についての言及はできていないが、文部科学省が設置基準で、教授においては博士課程の取得者を1つの要件に挙げていることから、質への関与も考えられる。そのため、現存する看護師養成課程を持つ大学の学部あるいは学科の教員配置と教員に関してはクオリティインディケーターを定め検証する必要があると思われる。（調査に使用した東京都内の各大学のホームページ URL については巻末に付した。）

4-5-2 2014 年度設置計画履行状況等調査より

文部科学省は、平成16年より設置計画履行状況調査を行っている。設置計画履行状況等調査（以下アフターケア）とは大学の設置認可時などにおける留意事項及び授業科目の履行状況について、文部科学省が、各大学からの報告を求め、書面、面接又は実地による調査のこととすると「平27年度調査結果の概要」に記載されている。平成27年のアフターケアの調査結果等によると平成27年度の調査対象の公私立大学・大学院・短期大学・高等専門学校（以下「大学等」という。）の校数及び件数は表3-14より、それぞれ450校755件であり、これらすべてについて書面調査を行っている。併せて面接調査を実施したのは33校36件、実地調査を実施したのは18校21件であった。

表 4-5-6 平成 27 年度アフターケア調査対象大学

	設置				収容 定員 増	計
	学年進行中		完成年度後			
	認可	届出	認可	届出		
書面調査	1 8 9	4 6 3	4 5	5 3	5	7 5 5
うち面接調査	8	1 0	9	8	1	3 6
うち実地調査	1 2	3	4	2	0	2 1

高等教育局高等教育企画課大学設置室

平成 27 年度設置計画履行状況等調査の結果等について, 文部科学省

http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/ninka/_icsFiles/afieldfile/2016/03/11/1367269_01.pdf (2016 年 12 月 16 日取得)

全対象 450 件のうち, 是正意見及び改善意見が付された大学等は 270 件であり, 意見が付されなかった大学等は 180 件であった。本調査において付される意見等の定義は「留意意見」「改善意見」「是正意見」「警告」があり、「警告」が最も厳しい意見である。「警告」とされた大学は 1 件で看護師養成学部・学科は含まれない。次に「是正意見」が付された大学等は 9 件あり 4 年制の大学はそのうち 8 件である。その内 4 校に看護学科が含まれている。是正意見の内容をみると、専任教員の質と量に関するもの、入学者の定員超過に関するもの、カリキュラムに関するものの 3 つに分類される。この中で最も多かったのが「専任教員の適正配置がなされてない」という意見であり、教授数が大学設置基準上必要とされる人数を満たしていないことや主要科目について専任の教授または准教授が担当していないことが分った。具体的には完成年度を迎えた時に専任教員が 14 人も辞任し、これにより大学設置基準第 10 条に抵触しているため是正を求められている大学もある。次に「改善意見」が付された大学等は 269 件であり、4 年制大学数は 175 件ある。その内、看護師養成学部・学科を持つ大学は 27 件あり、うち届出による申請は 1 件と少ないが、これは、2014 年 4 月 1 日から届出制度の見直しが行われたためと思われる。内容については是正と同じく、教員、カリキュラム、定員に関するものであり、特徴的なものとして教員に関して「退職年齢を超える専任教員数の割合が比較的高い」という記述がみられる大学もあった。また、大学における在籍学生数については、大学設置基準第 18 条第 3 項において、「大学は、教育にふさわしい環境の確保のため、在学する学生数を収容定員に基づき適正に管理するものとする」とされており、私立大学等経常費補助金の交付に当たっては、入学定員の充足状況による不交付措置を行っており、収容定員 8,000 人以上の大規模大学では 1.20 倍以上、それ以外の大学では 1.30 倍以上の入学者がいる場合、その大学又は学部に対する補助金を私立大学等経常費補助金交付要綱の中で、全額不交付とする入学定員超過率を設定している。これは、大学・学部単位であり、学科単位ではない。今回の調査対象大学の中には、同学部内他学科で定員の 7 割の充足が満たされていない学科を併設しているところもあり意図的に看護師養成課程を持つ学科で入学者を増やしているのではないかと考えられる大学もある。

大学の設置届出制は2003年から導入された。表4-5-7よりその後、設置件数は増加しているが、2007年以降減少傾向にある。看護師養成課程を持つ大学においてはその傾向はみられない。

設置認可後のアフターケアは2004年より行われているが、その後の改善状況などが今回確認できなかった。2014年の日本看護連盟会長のメッセージによれば、看護師養成の大学化の方策は必要だが、大学化のスピードに関しては基礎教育の「質の担保」を念頭においた最適なスピードを真剣に検討し提案していくべきだと述べられている。また、看護基礎教育の4年制化を進めていくためには、基礎教育の標準化を図るために3年制の専修学校の大学化を適切なスピードで進める方策をとるべきだとしている。今後も増え続けるであろう4年制大学における看護師養成の質の担保の問題については早急に対処する必要があると言える。

表4-5-7 設置認可・届出の総件数の推移（※1※2）

年度	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
大学・短大	155	249	213	315	224	218	189	164	124	105	116	117
うち届出（※1）	1	194	165	260	175	174	146	134	102	87	93	85
うち看護系（※2）	8	15	8	17	13	10	11	10	6	9	7	16

※1 大学・短大の設置件数のなかで届出により申請している大学・短大数

※2 大学・短大の設置件数のなかで看護師養成課程を持つ学部・学科を新設している校数

※※文部科学省2016年2月「設置計画履行状況など調査の結果等について」（平成27年度）をもとに筆者作成（2016年12月10日）

4-6 地域包括ケアシステムのコアとなる人材に必要な教育

第3章において、地域で機能する専門職に必要な機能は、①地域を知る力（統計処理能力、分析能力）、②地域つなぐ力（コミュニケーション能力）、③医療・介護・福祉との連携（専門職間の協働力）であることが示唆された。大学における保健師養成教育はこれらの能力を開発するカリキュラムを満たしているが、東京都私立A大学の例より、保健師教育は、大学により差がみられた。要因として、教員の質が考えられる。教員の質の向上に関しては、一定の期間を要し、文部科学省あるいは第3者機関による継続した監視が必要になると思われる。文部科学省は筆者が行った前述の研究と同時期に、この事態を重要視し、2016年12月より看護学教育モデル・コア・カリキュラム策定ワーキンググループを開催し、2017年7月5日に「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」の案を公表した。このモデルカリキュラムには、具体的な「学修目標」が設定された。この中には「根拠に基づいた課題対応能力」「コミュニケーション能力」「保健・医療・福祉における協働」「地域包括ケアシステムにおける看護実践能力」が含まれており、さらには、「今日の看護学は、高度な医療の一翼を担うことから、介護、予防、保健といった領域に広がり、様々な生活を俯瞰的に眺め考察するには公衆衛生の視点も必要である」と記載されており、地域包括ケアシステムで機能する教育内容がさらに強化されることが伺えた。また、「疾病構造の変化に伴い求められる看護の分野は急性期医療に偏るものではないことを考慮して学んでほしい」と記載されており、今後の看護教育が多様な場における看護実践に必要な

専門知識についても網羅されている方針にあることが2017年に文部科学省が発表した『看護学教育モデル・コア・カリキュラム』からも伺えた。しかしカリキュラムを最適なものにしても、教員の質の差がみられるとすれば教育の質の保証において意味をなさない。現状の看護職養成大学でこれを実践するに十分な教員が量及び質において確保できているのかを検証する機会及び組織が必要になると思われる。第3章で看護職の地域包括ケアシステムでの役割とその可能性を述べたが、本章で、看護職の養成機関である大学のカリキュラムは均一ではないことが判明し、さらに教員の質に依存することが分かったため、地域包括ケアシステムで機能する看護職の安定的な一定供給をするためには教員の質を担保することがまず大前提であり、その後カリキュラムの均一化を図るべきであり数年の時間を要することが想定される。

第5章 薬局・薬剤師を中心とした地域包括ケアシステムにおける国民への健康教育の可能性

第4章で、地域包括ケアシステムにおける保健師中心モデルは、オプションとして提案できるが、全センターに地域包括ケアシステムで機能する保健師の配置は、難しいことが分かった。そのため本章では、薬剤師が地域包括ケアシステムのコーディネーターとして機能する可能性を探るため調査、考察を行った。薬剤師は、日本医療政策機構の世論調査より、医療において国民の信頼度が最も高く、調剤業務を通して患者と対話している。また、最近の薬局は、ドラッグストアと呼ばれ、日常生活用品の販売も行っており、健康な人と接する機会もあるため、地域包括ケアシステムでコーディネーターとしての活躍が期待されたため調査対象とした。

5-1 薬局・薬剤師の歴史的背景

「日本薬剤師会のあゆみ」より、薬剤師及び薬局の歴史において、制度の改正を含め医療政策に関連するものをまとめた。

日本における薬剤師の調剤権は、1874年から始まったが、薬剤師の名称は、1889年に規定され、1893年日本薬剤師会が創立された。1909年に公益団体となり、1926年には、薬剤師は公法人道府県薬剤師会に全員が強制加入すること定められた。日本薬剤師会は1943年に国家機関となった。この後、薬剤師に関する法律は薬事法により改正が行われている。1948年、日本薬剤師会は日本薬学会と合併し、社団法人日本薬剤師協会が誕生。1956年に医薬分業制度が法制化され、1960年に、薬事法から「薬剤師法」は、分離された。1962年に日本薬学会は再び独立し、社団法人日本薬剤師会となった。1985年、医療計画条項中に初めて「薬局」が記載され、医薬分業推進体制の強化のため「医薬分業推進対策本部」が設置された。「基準薬局」制度は1990年に開始、1992年薬剤師は医療の担い手として他の医療職とともに明記された。1993年に厚生省は、「薬局業務運営ガイドライン」を策定。その後、1994年に「薬剤師教育改善推進対策本部」を設置。1996年より、調剤した薬剤についての情報提供が薬剤師に義務化され、1997年に公表された「薬局のグランドデザインー将来ビジョンと21世紀初頭に向けての活動方針ー」の中で、国民や患者の視点から薬局・薬剤師のあり方を論じ、医薬分業の進展に伴い、薬局薬剤師が21世紀に医療・保健・福祉の分野で果たすべき役割と評価を確立するための方策論が述べられた。2000年4月に介護保険法が施行に伴い、薬剤師は在宅での役割が期待されるようになった。2003年には、医薬品の製造販売業に薬剤師等の配置が義務づけられ、2005年4月に全面施行された。2007年4月、薬局機能に関する情報の開示が義務づけられ、調剤の場所が患者居宅へ拡大された。2006年、薬局は、医療提供施設として位置づけられ、薬剤師の役割拡大に伴い、大学における薬剤師教育の就業年数が4年から6年に延長された。2008年4月から行政処分を受けた薬剤師に対する再教育研修が義務づけられたほか、薬剤師氏名等が公表されることとなった。2009年には、新たな医薬品販売制度が定められた。2012年4月に日本薬剤師会は、公益社団法人になった。2013年に要指導医薬品が新設され、一般用医薬品のインターネット等販売のルール整備が図られ、薬剤師による薬学的知見に基づく指導が明記された2015年に「患者のための薬局ビジョン」が公表され、2016年健康サポート薬局制度が開始された。

医療法においては、「薬剤師」が医療職として明記されたのが1992年（平成4年）であり、「薬局」が医療提供施設として位置付けられたのが2006年（平成18年）、2015年（平成27年）に公表された「患者のための薬局ビジョン」ならびに2016年

（平成 27 年）の健康サポート薬局制度の開始など、近年、地域包括ケアシステムにおいても薬局ならびに薬剤師は、医薬分業の推進に伴い、重要な役割を果たしていることが伺えた。これは、薬局数についても伺え、厚生労働省の調査によると 1989 年に 36,670 であったものが、2014 年には 57,784 と伸びている。日本薬剤師会のあゆみによると、1 年間に発行された処方箋の枚数も 1989 年に 13,542 万枚が 77,558 万枚と増加しており、処方せん枚数は、医薬分業の増加率（1989 年 11.3%から 2014 年に 68.7%）にほぼ比例して増えてきた。

5-2 かかりつけ薬局の推進について

次に、薬剤師及び薬局の歴史を踏まえ、地域での薬局と薬剤師の機能を考えるうえで、かかりつけ薬局が地域で果たす役割とかかりつけ薬局の推進をするために策定された「患者のための薬局ビジョン」と「健康サポート薬局制度」について考察をおこなった。

5-2-1 患者のための薬局ビジョン（2015 年（平成 27 年）10 月 23 日）厚生労働省策定）

病院や診療所で調剤をせず、外部の薬局が調剤業務を行う「医薬分業」を行うことにより、薬局の薬剤師が患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握し、処方内容をチェックすること画できるようになった。これにより複数診療科受診による重複投薬や相互作用の有無の確認や、副作用・期待される効果の継続なども確認でき、薬物療法の安全性、有効性が向上することが期待されている。健康サポート薬局やかかりつけ薬局の推進により、医薬分業率は、2014 年に 68.7%に達した。医薬分業を推進するためには、薬局における薬剤師の能力と役割が重要となる。この推進の一環で、大学における薬剤師教育は 2009 年に 4 年制から 6 年制となった。厚生労働省の調査によると医薬分業は、薬局における後発医薬品の使用促進や、薬剤師の在宅医療への積極的な取組につながり、医療保険財政の効率化が期待されている。一例をあげると、ジェネリックとよばれる後発医薬品は、オリジナルの医薬品よりも安価で、経済的効果も高い。薬局における後発医薬品の使用割合は 2012 年 4 月に 46.5%であったものが 2015 年 3 月には 58.4%にあがった。患者が後発医薬品に変更したきっかけは、厚生労働省が 2014 年に実施した『平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査』によると約 7 割が薬剤師からの説明となっている。後発医薬品の置換えによる適正化額の推計は中央社会保険医療協議会の 2013 年の資料『薬価専門部会資料』によると約 4,000 億円（2012 年度）であり、在宅医療での薬剤師による残薬管理により、医薬品の重複を避けることができ、厚生労働省が 2007 に発表した「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」では、薬剤費の削減効果が後期高齢者で約 400 億円見込めると推計で報告されている。

医薬分業による薬剤師の地域での役割を強化することで社会的メリットも出てきている。この状況を鑑み、2016 年 5 月 26 日の経済財政諮問会議において、厚生労働大臣から、医薬分業の原点に立ち返り、全国約 57,000 の薬局を患者本位の「かかりつけ薬局」に再編するため、2016 年内に「患者のための薬局ビジョン」を策定する旨が表明され、2016 年 10 月 23 日に策定された。厚生労働省は、かかりつけ薬局を「患者のための薬局ビジョン」の中で、「患者さんのための薬局」と位置付けており、薬局と薬剤師のあるべき姿を明確にした。すなわち、かかりつけ薬剤師、薬局は、患者の服薬情報の一元的・継続的把握をし、在宅において患者に 24 時間対応でき、さらに医療機関等との連携を図るように示している。かなり要件が厳しいように

感じられるが、これらは、地域住民の病気の予防や健康サポートに貢献するためとしている。地域における薬局は、地域住民から頼りにされる存在であり、気軽に相談できる存在を目指していくべきとしている。さらに、高度薬学管理機能を持つことも期待している。つまり、地域住民にとって身近な存在でありながら、専門医療機関との連携を図り、例えば厚生労働省の2015年の調査「患者のための薬局ビジョン」では「抗がん剤の副作用対策等の相談に対して具体的なアドバイスができるようになる」という狙いがあると分析されており、薬局情報サイトでの特別インタビューに厚生労働省の担当者が答えている。このように、薬局の薬剤師は調剤業務のみを行い地域で孤立する存在ではなく、かかりつけ医をはじめとした多職種、他機関と連携を図り、地域包括ケアの一翼を担う存在となることが、ビジョンの中でも記載されている。

5-2-2 健康サポート薬局

次に、2016年（平成27年）に制度化された「健康サポート薬局制度」について考察を行った。健康サポート薬局の理念やあるべき姿については、2015年6月に設置された「健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」において議論され、「健康サポート薬局のあり方について」報告書にまとめられている。健康サポート薬局制度は、2017年10月から開始された。これは、業務体制や設備について厚生労働省告示に適合する一定の基準を満たした薬局が、都道府県知事などに届け出を行うことにより「健康サポート薬局」である旨の表示ができる制度である。健康サポート機能の要件の1つである「薬剤師の資質確保」については、要指導医薬品等及び健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言、健康の保持増進に関する相談並びに適切な専門職種又は関係機関への紹介等に関する研修を修了していることとしている。2017年11月15日に行われた第3回医薬品医療機器制度部会の資料1「健康サポート薬局の現状」によると、2018年10月現在、このための薬剤師研修を実施している機関は、公益社団法人日本薬剤師会・公益財団法人日本薬剤師センター、特定非営利活動法人Healthy Aging Projects for women、一般社団法人日本保険薬局協会、一般社団法人上田薬剤師会、一般社団法人薬局共創未来人材育成機構、一般社団法人日本薬業研修センターの6団体である。2018年10月末までの1年間で健康サポート研修終了薬剤師数は4,000人を超え、健康サポート薬局の届け出数は2018年10月末全国で567件であった。

健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有し、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局と定義されており、積極的な支援に関しては、①医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言、②地域住民の身近な存在として健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、適切な専門職種や関係機関に紹介、③率先して地域住民の健康サポートを実施し、地域の薬局への情報発信、取組支援も実施するといった、地域住民に対しての働きかけを機能の中心に置いたものである。具体的には、厚生労働省が行った2017年の調査「健康サポート薬局の現状」によると出前講座、ロコモ活動教室、ウォーキング会、健康フェア、お薬・栄養・介護相談会などが行われ、健康通信を出している薬局もあった。健康サポート薬局の要件に関しては「健康サポート薬局に関するQ&Aについて（その2）」（厚生労働省、2016b）の中で次のような3つの解釈を示している。

- (1) 健康保持増進その他の各種事業等へ積極的に参加すること
- (2) 研修終了薬剤師が常駐していること
- (3) 積極的な健康サポートの取組を月1回程度実施していることが望ましい

(3)のサポートを促進するために、(2)の研修を修了した薬剤師を薬局に常駐させ、地域住民とかかわるイベントに積極的に参加または、イベントの開催をすることとしており、健康サポート薬局は、地域住民に健康に関する相談を行う身近な場として位置付けられている。

2015年の「患者のための薬局ビジョン」と2016年に制度化された「健康サポート薬局制度」から、地域における薬局および薬剤師が地域住民と関わり健康をサポートする役割が増加し、地域包括ケアシステムでの薬剤師の機能を意識したものになっていることが伺えた。

5-3 事例研究

保険薬局における地域への関わりを調査した研究「保険薬局における在宅医療への実施状況と薬剤師の意識・意見に関する調査研究」によると、超高齢社会の中で、薬剤師は、在宅医療への参画が強く望まれており、特に地方では、専門性を活かして、地域で療養している高齢者に対して適切な医薬品の供給および品質の確保など在宅医療の質を向上させる役割を担うことが強く求められていること、またそのことが調剤報酬にも評価されていることが述べられている。しかしながら日本薬剤師会の調査によると、実際に患者居宅の訪問の実施経験のある保険薬局は14.4%と非常に少ないことも指摘されている。廣谷(2012)が行ったアンケート調査は715中375の保険薬局から回答を得ており、検証を行っている。この中で薬剤師が在宅医療で関わっている疾患は認知症18.0%、高血圧14.3%、脳疾患(後遺症)13.5%、がん8.3%、呼吸器疾患8.3%、心疾患5.2%であった(廣谷, 2012)。同調査によると、常勤薬剤師数は平均2.26人であり、居宅での服薬指導実施が困難または訪問時間帯が限定される保険薬局が多いことを示唆している。また、訪問指導の届出数および訪問指導の指示があれば対応できると回答した保険薬局は75.4%であるが、実際に訪問指導を行っているのは30.3%の保険薬局(廣谷, 2012)であり、現状、訪問服薬指導を行っている保険薬局の数は少ないことが伺えた。このことから、廣谷(2012)は訪問介護員などの他職種が、患者の薬剤管理や服薬介助を行っているものと推定している。介護施設において薬剤師が薬剤の服薬指導等にどの程度関与しているかという調査では、処方薬の配達率は約3割の保険薬局が実施しており、薬剤師が服薬指導を行っていたのはその内の19.8%であった(廣谷, 2012)。このことから、介護施設では薬剤師による服薬指導の割合は極めて低いと想定される。また、106名から得られた自由記載の内容によるテキストマイニングから、薬剤師が来客患者の訪問指導を行う必要性については、服薬のコンプライアンスが不良ないし服薬に問題があることを確認している(廣谷, 2012)。具体的には「1人暮らしの高齢者の方で薬の管理ができていない時」が挙げられている(廣谷, 2012)。また「認知症のため、服薬の真否を実際に確かめたほうがよい場合がある」などの内容も自由記載欄にかかるなど、服薬指導において高齢者の認知機能の低下に関するコミュニケーションを問題としている回答がみられ、大学における薬剤師教育への課題を示唆している(廣谷, 2012)。

2019年に報告された国際アルツハイマー協会による世界アルツハイマーレポートによると認知症患者数は、2013年までに6,600万人、2050年までに1億1,500万人に上ると予測されており、この問題は日本の超高齢化社会においても議論されている。廣谷(2012)の研究では、薬剤師は、今後、在宅医療への参画を望まれているが、現状は、十分な取り組みはされていない。現状の取組からは、高齢者とのコミュニケーションが、服薬指導において困難とされているケースの中で高齢者の認知機能と関連している事例が多く見られた。

保険薬局とは、保険指定を受けた薬局であり、薬剤師が「健康保険法」に基づく療養の給付の一環として、保険調剤業務を取り扱う薬局のことをいう。保険薬局は「保険医療機関と一体的な構造とする又は保険医療機関と一体的な経営を行ってはならないこと」及び保険薬局は「保険医又は保険医療機関に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として金品その他の財産上の利益を供与してはならないこと」と保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則に記載されている。

認知症の人を支える活動として、日本では、認知症カフェが開催されている。認知症カフェは、認知症当事者を中心にその家族や支援を行う人及び地域住民が交流し、情報交換をすることを目的とした場であり、厚生労働省が策定した新オレンジプランといわれる「認知症施策推進総合戦略」に戦略の一つとして記載され、全国に広がっている。世界で最初の認知症カフェ（アルツハイマーカフェ）は、1997年、オランダのライデン大学でベレ・ミーセン博士が開催したと言われている。運営の主体となる団体は、行政、社会福祉法人、医療機関、NPO法人、株式会社、地域に住む個人などであり、明確な設置基準はなく、月1回程度集まり、お茶やコーヒーを飲みながら交流するタイプから、常設型などもある。認知症カフェについては、運営サイトをNPO法人認知症フレンドシップクラブが行っている地区もあり、今回調査対象とした薬局店舗が立地する東京都町田市の場合、認知症フレンドシップ町田が、認知症カフェをはじめとした、認知症当事者が参加しやすい場所やイベントをホームページにて紹介している。紹介は、活動団体の意思に基づいている。本サイトには、町田市内18か所のDカフェが掲載されている。サイトには、カフェを3つのタイプに分類し、掲載している。(1)ご本人中心のタイプ、(2)家族交流会タイプ、(3)認知所カフェタイプであり、「ご本人中心のタイプ」は3か所、(2)家族交流会タイプは2か所、(3)認知症カフェタイプは13か所になっている。設置の団体別にみると、行政主催が4件（高齢者支援センター、まちの保健室）、有志による集まりが12件、医療法人主催が1件、薬局主催が1件となっている。活動内容は認知症当事者、専門職、支援者や活動に興味がある町田市を中心とした人がだれでも参加できるようになっているものが中心であるが、野菜の収穫などのレクリエーションの実施および専門職によるセミナーやワークショップを行っているところもある。今回、この中で、薬局の薬剤師が主催している「Dカフェ 原町田の樹」を主宰している薬剤師A氏と管理栄養士B氏の2名にインタビュー調査を行った。

5-3 事例研究「薬樹薬局 原町田店」

「Dカフェ原町田の樹」を主宰しているA氏が薬剤師として勤務する薬樹薬局原町田店は保険薬局であり、薬剤師による調剤業務に加え、管理栄養士による栄養相談も行っている。薬剤師は、変動はあるものの約5名が常時勤務しており、管理栄養士は他の店舗と併任で2名勤務している。

5-3-1 薬局における管理栄養士と地域住民とのかかわり

栄養指導の依頼は、月に3、4件程度である。栄養相談に来られる方は60代から70代がメインで糖尿病の人が多い。薬樹薬局原町田店では月1回のDカフェ以外にウォーキングなどのイベントを行っているが、その際は50代の参加も見られる。イベントはクリニックの医師と協働で実施することもある。近隣の健ナビ薬樹薬局成瀬が主催しているメディカルウォーキングイベントでは、東葛クリニック病院の副院長が監修にあたっている。メディカルウォーキングとは、医学と栄養学に基づいた健康の増進に働きかけるウォーキングであり、年齢や歩行能力に関わらず、誰もが、い

つでも、どこでも、気軽に、安全に取り組むことができるものである。参加費は 500 円である。このイベントには(1)メディカルウォーキングーアドバンスー、(2)いつでもウォーキング、(3)みんなでウォーキングの 3 パターンの参加形式がある。(1)のメディカルウォーキングーアドバンスーでは、参加費は 500 円で、講座とウォーキングがセットになったものである。歩く前に、体組成分析を実施し、自身の筋肉量を把握し、食事内容を考える講座やウォーキング方法の講座などを開催し、その後野外をウォーキングする。2018 年 7 月 9 日に実施したときの参加者は 7 名であった。(2)いつでもウォーキングは、参加料無料で、薬局が開いている日の 10:00 から 17:00 に薬局に来てもらい、報告の上、ウォーキングを実施する。(3)みんなでウォーキングは、参加費無料で、皆で集まってウォーキングを実施しており、月に 1 回実施している。イベントの告知は、個別の告知案内チラシを作って店内で案内しているほか、町田エリアにある薬樹薬局 8 店舗協働のイベントスケジュール表を作り、それぞれの薬局でも配布している。さらに相談の際にも直接伝えている。2018 年 1 月 8 回、2 月 10 回、3 月 12 回、4 月 10 回、5 月 10 回、6 月 12 回とコンスタントに開催している。ウォーキングのほか、認知症カフェ、各種栄養講座、運動講座（筋肉トレーニング）、転倒予防講座、カラダ年齢測定会、骨密度測定会、お薬講座、健康相談会や「薬局を中心とした健康コミュニティ」である健ナビ倶楽部（年会費 5,000 円）専用のイベントも実施している。開催は平日のほか、土曜日も開催しており、仕事をしている人も参加可能となつてはいるが、参加者の多くは高齢者である。これは、薬局に薬の処方箋を持ってくる人の年齢の割合と比例しているかもしれないとのことであった。カラダ年齢測定会では、専用の測定器で計測する。計測により、肥満度や筋肉と脂肪のバランス及びお腹周りの未来予想図や身体年齢が分かる。このイベントは、データをもとにした管理栄養士による個別のアドバイスが聞けることもあり、人気があるという。現在は高齢者が中心であるが、イベントの中には、高齢期に入る前の段階から取り組んだ方がよいものもあり、年齢層については拡大していきたいと考えている。最近では、イベントで知り合った参加者同士は仲良くなり、自主的にグループを作つて、薬局を介さなくても継続して活動を行っている例も見られるようになってきた。

5-3-2 D カフェ原町田の樹

D カフェの開設にあたっては、他地区で実施されていた D カフェ（認知症カフェ）に A 氏が参加し、参加者の楽しそうな雰囲気を見て、町田地区にも同じような場所を作りたいという思いから始めた。2017 年 11 月実施の日本認知症学会で土志田伸ら（2017）が発表によると D カフェ原町田の樹は、D カフェにおいて認知症患者とその家族が地域の中で、孤立せず安心して生活できる地域づくりのきっかけとなる事をめざして 2017 年 3 月にオープンした。毎月 1 回 2 時間、原町田店待合スペースや地域のカフェなどで開催している。実施内容は(1)医師による疾患講座、口腔ケア、(2)ワークショップ、(3)参加者コーナー(4)歓談である。また、土志田ら（2017）は、D カフェ参加者に実施後インタビューを実施している。具体的な内容をみていくと、(1)疾病講義では、「診察で聞けないことを相談しよう」と題した耳鼻科医師、歯科医師による講義を行っている。(2)ワークショップでは、薬剤師による「薬の飲み方・使い方」や管理栄養士による「食生活と栄養」、さらにスタッフによる「フラワーアート」「お手玉づくり」「茶道」「きり絵」などを行っている。(3)参加者コーナーでは「紙芝居」、「昔話」、「童話」、「ギター演奏」、「ヨーヨー釣り」など、(4)歓談では疾患や薬、栄養相談や日常生活の困りごとや悩み相談が多いと報告している（土志田ほか、2017）。内容に関しては、認知症患者は意識せずに参加でき、それ以外の人も十分楽しめるものであり、実施後のインタビューからも楽しそうな様子が伝わってき

た。インタビューに対して認知症患者は「本人はここに来ると安心できる。いろいろな方と話ができて楽しい場所です」と答え、家族は「診察と違い医師や医療職の方と気軽に時間を気にせず話せるのが嬉しい」、医療福祉関係者は「専門職の方々が集まって地域の方と触れ合える場所は貴重です。私が担当している人もここに参加させたい」と答えており、医師は「普段診療時に時間をかけて診察しているつもりだったが、皆さんいろいろなことを知りたがっていることが分かったと答えていた。今後の診療に生かしていきたい。口腔ケアの大切さをもっと広めたい」と述べていた（土志田ほか、2017）。現状、スタッフが半数近くを占めているが、将来、この活動が続けば、自然に参加者コーナーの希望者が増え、スタッフの役割を果たす参加者も出てくるのではないかと予想される。また、主催者である薬局スタッフは「Dカフェ開催前の認知症の方に対する偏見を反省した。接し方が大切なことが理解できた。Dカフェ開催は難しいことではない」と語っており、今後のDカフェの全国展開についてもプラスになる意見が多い。土志田ら(2017)は「月1回ではあるが、Dカフェを継続することにより、町田地区多職種との連携が強固になりつつある。認知症本人の参加は1回1〜2名とわずかであったがうち1名はDカフェ参加によって今まで通うのを拒んでいたデイサービスへも通い始めるようになり行動変容を促すことができた」と報告しており、薬局が中心になり多職種を連携した認知症カフェの運営の可能性を示唆している（土志田ほか、2017）。2017年3月から10月のDカフェの参加者は表5-1通りである。合計した人数は、3月13名、4月11名、5月11名、6月9名、7月6名、8月16名、9月9名、10月33名であった（土志田ほか、2017）。

インタビューの中でA氏は、今後はDカフェを続けることと町田地区における認知症患者本人会議及び家族会議とのハブとなり町田地区の健康プラットフォームを目指していきたいと述べている。原町田店が中心となって実施しているDカフェ原町田の樹は、認知症当事者とその家族などの参加のきっかけづくりを薬局が担っている。また、多職種連携の場所にもなっており、自治体が実施している多職種連携の会合より少人数であるため、密な会話を可能にしている。このようにDカフェ原町田の樹は、患者側とその家族だけではなく実施する側もプラスの効果を得ることができており、Win-Winの場であるともいえる。Dカフェは今年の3月に1周年を迎え、薬樹薬局原町田店内には、認知症に関する書籍を貸出しするコーナー「オレンジライブラリー」を設置した。これは、認知症に関する本を読んで、認知症について一度向き合ってもらいたいというメッセージを合わせて掲示している。認知症当事者や関係者だけではなく、地域住民に利用してもらい、認知症当事者の理解の促進を期待して設置している。大人に読んでもらいたい絵本『ばあばは、だいじょうぶ』（楠、2016）や『認知症の語り』（健康と病の語りデイペクスジャパン、2016）、『認知症になった私が伝えたいこと』（佐藤、2014）などが置かれている。書籍のほかにも、町田市認知症カフェ（Dカフェ）マップ一覧や相談窓口のお知らせ、認知症ケアパス、各種イベント案内などを設置しており、気軽に薬局に来た患者が話しかけやすい雰囲気づくりに努めている。

表 5-1 D カフェ参加者 土志田ほか(2017)をもとに筆者作成 (2018 年 12 月 16 日)

	本人	家族介護者	町田地区関係者	他参加者*	運営スタッフ
3 月 22 日	1	0	1	5	6
4 月 26 日	1	0	1	2	7
5 月 30 日	1	1	1	1	7
6 月 14 日	0	1	1	1	6
7 月 12 日	0	0	1	0	5
8 月 10 日	1	1	6	3	5
9 月 14 日	1	1	1	0	6
10 月 11 日	2	4	10	5	12

(*他参加者：町田地区医療福祉関係者)

5-4 地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の取り組み

地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の取り組みについては、公益社団法人日本薬剤師会が2017年度に調査『平成29年度 地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の取り組み事例集』（日本薬剤師会，2017）を実施し、報告を行っている。今回は、その要約を行った。

報告書には、薬剤師・薬局には、地域における「チーム医療」を構成する重要な一員としての認識をもって、地域住民の身近な存在としての利点を如何なく発揮し、これまで培った相談機能を有効に活用して、身近な相談相手として地域住民が望む健康の維持・増進に積極的にかかわると記載されている。事例集は取組主体により6つに分類している。県薬剤師会、地域薬剤師会、薬局、行政（県庁、区役所、市役所、保健所等）、その他の5つに分けられており、事例は、32件収集されている。県薬剤師会が主体となるケースが7件、地域薬剤師会が中心となったケースが4件、薬局が主体となっているケースが6件、行政が主体となっているケースが14件、その他、商店街が主体になっているケースが1件であった。事例は大きく区分すると医療における多職種のサポートや地区の薬局のサポート等団体を目的としているものと、患者並びに住民の個人をサポートしているものがあり、全体でみると多職種をサポートしているものは、20件、個人をサポートしているものは12件で、サポートの対象を患者に限定しているものは1件であった。このことから、事例の37.5%が患者を含んだ住民のサポートであった。個人対象のサポート事例は下記の通りである。

(1) 県薬剤師会主体

糖尿病重症化予防強化月間の開催（富山県中新川郡）
かかりつけ薬剤師・薬局によるお薬・健康相談（富山県小矢部市）

(2) 地域薬剤師会主体

熱中症予防プロジェクト（東京都文京区）
献血サポート薬局（大阪府 松原市）

(3) 薬局主体

検体測定室を利用した糖尿病などの啓発と受診勧奨（北海道 帯広市）
防災訓練イベントでの親子防災教室への参加（北海道 帯広市）
町内会における勉強会の実施（北海道 帯広市）
ノルディック・ウォーキング体験会（北海道 帯広市）
栄養相談事業（北海道 帯広市）

(4) 行政（県庁、区役所、市役所、保健所等）主体

街かどケアカフェの開催（東京都練馬区）
熟年相談室の設置・運営（東京都江戸川区）

(5) その他(商店街等)

商店街とその連携（東京都墨田区）

この中で、個人に対する新しい取り組みとして、献血サポート薬局の取り組みを紹介する。献血サポート薬局とは、大阪府赤十字血液センターの依頼により大阪府南河

内エリア（八尾市、大阪狭山市、柏原市、松原市、藤井寺市、羽曳野市、富田林市、河内長野市、河南町、太子町）で2016年8月1日に始まった献血の相談ができる薬局である。実施は、の献血サポート薬局のマークが掲示してある薬局で行っている。これは、献血に関心を持っている人で、ヘモグロビン低値などにより献血ができない人を含めて、献血の説明を希望する人に対して正しい知識の提供を行っている。測定値に基づく、指導ができるため生活改善の効果は期待され、薬剤師の健康相談につながる可能性はあるが、一方で献血をした人または献血をしようとする意思のある人に限定される。

次に薬局が主体となって実施している例を説明する。

(1) 検体測定室を利用した糖尿病などの啓発と受診勧奨

検体測定を行い、測定結果を数値として伝え、このまま放置しておくとうなるか来局者に伝え、受診勧奨を行い、重症化予防に貢献している

(2) 防災訓練イベントでの親子防災教室への参加（1 薬局が実施している）

地域の毎年の恒例行事に参画し、地域の親子を対象として、防災における水の大切さを伝えるために、飲食物と薬の飲み合わせに関する実験等やクイズなどをまじえた薬の知識コーナーを担当している。

(3) 町内会における勉強会の実施

町内会の地域住民を対象に、2012年開局以来、年数回の薬や健康に関する勉強会を開催しており、この中で、薬剤師は講師を務めている。参加者は毎回20～30名が参加している。

(4) ノルディック・ウォーキング体験会（北海道 帯広市）

糖尿病患者対象のイベントである。薬局が主体となって行っている。安全面での配慮が課題の一つではあるが参加者に運動の動機付けとなっていると報告されている。

(5) 栄養相談事業（北海道 帯広市）

薬局に管理栄養士を配置し、食事に関する相談対応や栄養指導を実施している。背景としては処方箋なしの来局者へのサービスを拡充するためではあるが、栄養相談を可能にしたことにより来局者の食生活などの改善につながったと報告されている。

(6) 街かどケアカフェの開催（東京都 練馬区）

高齢者を中心とした地域住民がお茶を飲みながら介護予防や健康について相談ができる場である。区内施設内で3か所、地域団体により13か所設置している。常設型のほか、出張型街かどケアカフェもあり、カフェの設置場所、運営時間はケアカフェ紹介冊子に掲載されている。

このように事例として公益社団法人日本薬剤師会が提供している中にも患者および住民を対象とした活動がみられた。

5-5 薬局・薬剤師を中心とした地域包括ケアシステムの可能性

厚生労働省が実施した2014年の調査によると、保険薬局は全国に2016年度58,678あり、20年前の1996年度40,310、10年前の2006年度51,952とくらべて増加傾向にある。医薬分業率全国平均を見ても1996年度22.5%、2006年度55.8%、

2014 年度 68.7%と増えてきている。2017 年に厚生労働省が行った調査では、都道府県別にみると 2016 年度の無薬局町村は全国で 145、北海道が 26 と突出しているが、関東圏を見ると茨城 1、栃木 0、群馬 4、埼玉 1、千葉 0、東京 6、神奈川 1 であり、ほぼすべての町村単位に保険薬局は存在すると報告されている。日本は超高齢化の対策の 1 つとして地域包括ケアシステムを推進しているが、その実施の体制などは各地域の自治体に委ねられているため、運用の仕方などは変わってくる。保健師を中心とした地域包括ケアシステムが機能している地域はあるが、保健師の養成に関して、中心となる大学での養成カリキュラムが大学に依存している現状にあり、全国一律に保健師を中心としたシステムを展開することは現状の大学における看護教育が変わらない限り難しいことが第 4 章で明らかになった。今回調査対象とした薬樹薬局原町田店では、薬局に所属する薬剤師が多職種（医療職）と地域住民とのコーディネーター的役割を果たすことにより、住民の意識改善にまでつなげることができたと土志田ら（2017）は報告している（土志田，2017）。小規模な活動ではあるが、地元密着型のこのような活動を展開することによって地域連携を強固なものにできるのではないかとすることが示唆された。今回の活動に関する検討項目としては以下をあげる。

- (1) 実施回数
- (2) 実施時間帯
- (3) 実施場所
- (4) 告知方法
- (5) イベントの内容
- (6) 参加する医療職の職種と人数
- (7) 参加者の年齢
- (8) 総合的な参加者の感想

今回の調査は一事例であり限界もある。今後は、上記項目について広域調査を行い、薬局を主体とした薬剤師がコーディネーターとなる地域連携の可能性を検討し、モデルの作成を行う必要がある。特にイベントの内容に関しては、好事例を集約したサイトを作成し、多様な選択肢を作ることにより、より簡易にそれぞれの地域で実施できるようにする必要があると考える。また、地域の健康維持・増進の支援が期待される「健康サポート薬局」の届け出数は 2018 年 10 月末全国で 567 件であるが、2018 年 8 月 31 日現在の情報を厚生労働省ホームページにある医療機能情報提供制度（医療情報ネット）で検索を行ったところ、薬樹薬局原町田店は現時点で届け出されていなかった。健康サポート薬局の在り方を含め、届け出のある薬局への調査を実施することも検討したい。

今回の調査から、地域の医療・介護の現場でのチーム医療の在り方を再考する必要があると示唆された。また、健康サポート薬局の申請に係る要件である「かかりつけ薬局の基本機能」については、「患者のための薬局ビジョン」に記載されているが、下記 4 項目ある。

- (1) 服薬情報の一元的かつ継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- (2) 24 時間対応
- (3) 在宅対応
- (4) かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携

今回の調査で(2)を除く3項目については、超高齢社会の中、求められる必須機能であることが示唆された。(2)について要件を満たすためには人材配置や金銭面での負担を企業が負うため、柔軟な体制を検討すべきではないかと考える。薬局の総数から見ても輪番制の導入など緩やかな制度の改変を期待する声があるのではないかと厚生労働省は2015年に『患者のための薬局ビジョンー「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へー』の中で述べている。

薬剤師は、保険薬局での調剤業務を担当するイメージが大きい中、診療報酬制度の変更に伴い、服薬指導の中で、患者との対話が求められるようになってきた。また、近年保険薬局は、ドラッグストアの一角に位置する場合もあり、例えば神奈川県川崎市多摩区に立地するクスリのナカヤマ向ヶ丘遊園北口店は、株式会社クスリのナカヤマが設置している店舗であるが、店内には保険薬局の機能のほかに、医薬品、化粧品、雑貨、雑貨志向食品、食品類さらには雑誌など、生活必需品の多くが調達可能となっている。このことは、代表の中山唱司氏の「美と健康のスペシャリストとして、健康発信基地として、地域で信頼されるドラッグストアでありたい、という思いです。そのためには、医薬品をただ安く売るディスカウントストアとなるのではなく、お客様の本当の痛みや悩みを理解した上で、それを解決できる店舗を目指さなければなりません」というクスリのナカヤマのホームページでの挨拶からも伺える。同店舗は、2階に24時間オープンフィットネスクラブを併設しており、ターゲット年齢の幅も広いと推測される。また、23時までオープンしており、夜間や土日祝日は、生産労働人口層や家族連れも利用している。この環境を利用すれば、高齢者のみならず、中年層の取り込みも可能性はある。

居宅での活動を視野にいれた薬剤師の配置を考えた時、在宅医療の変化も検討項目にいれるべきであろう。従来は病院で行っていた終末期の緩和ケアなどを居宅で行うようになり、在宅医療のための薬剤の知識が求められるようになった。薬剤に関していえば、技術の進化により新薬の増加も今後見込まれ、薬剤師教育の在り方にも関係する。さらに、保険薬局に勤務する薬剤師の場合、調剤において患者の診療録にアクセスできる権利がなく、クリニックからの処方箋に基づき処方を行うため、患者との対話がなされなければ、正確な疾患名は薬からは推測が難しい。この問題を解決するためには、診療録へのアクセス権について議論を行いながら、薬剤師のコミュニケーションスキルの向上についても検討をしなければならない。日本がこれから迎える多死社会の前に、患者との良好な関係作りを薬剤師がすることができれば、リビング・ウィルの促進にもつながるし、不要な医療が削減できるとともに、患者の意思を尊重した医療の実施が可能になると考える。そのような観点からもDカフェでの多職種連携は、(1)医療者間での患者情報の交換の場としての機能、(2)患者との信頼感を高める機能といった2つの機能を持つ可能性がある。また、公益社団法人日本薬剤師会が紹介する事例の中にも概ね中学校区を単位とする「地域包括ケアシステム」では、その効果的な運用を進める上で、これまでの医療機関完結型医療から、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局等を積極的に活用する、包括的地域完結型医療提供体制の構築を目指すとして、薬剤師・薬局を中心とした地域包括ケアシステムの可能性が示唆された。さらに今回の事例で、薬剤師は医療の知識を活かしたコーディネーターとしての機能が期待できることが示唆された。この動きは広がる可能性もあり、全国の薬局での可能性を探るためにも、法の整備を含めた検討をするべきだと考える。

第6章 地域包括ケアシステムにおける医療施設の役割

本章では、施設が地域包括ケアシステムの中核として機能している事例を収集し、その中でも、第2章で課題とした多死社会における終末期医療の意思決定支援が行われている病院を「急性期病院（救急医療対応）」、「療養型病院」、「在宅診療を行うクリニック」及び地域での「かかりつけ医」の役割を果たす「診療所」の4つの区分に分け調査を行った。

6-1 先進事例の抽出

超高齢化社会の中で健康寿命の延伸により医療費の削減を図りながら、社会保障費の持続可能性を求めるためには、これまでの調査から人生の終末期における医療・ケアの選択が重要であることが示唆された。厚生労働省では、この選択に関して、「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と定義し、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組を推進している。しかし、2018年3月4日に実施されたWeb調査「医療者が考えるACPについて」（m3.com）によると医療提供者を含めて、ACPについての認知度が低いことが分かった。そこで、超高齢化社会における地域包括ケアシステムの運用については、ACPの概念の普及と理解が不可欠と予想され、課題を明確にするために、終末期医療を行う、病院（急性期病院、療養型（慢性期）病院）、在宅医療を行うクリニックと地域包括ケアシステム下で在宅医療と病院をつなぐ役割が期待されている、かかりつけ医機能を持つクリニックに区分し、それぞれの区分において人生の最期における医療の決定プロセスについて積極的に取り組んでいる先進事例の調査をインタビュー形式で行った。事例は、厚生労働省のホームページや自治体のホームページを参考に選んだ。今回は、救急医療における取組として松戸市立総合医療センターの救急救命、療養型の病院を中心とする在宅医療を行っている河北病院多摩事業部、在宅医療を主とする埼玉県明医研、地域において、かかりつけ医としてオンライン診療を行っている東京都0内科診療所の4団体に対し、（1）終末期医療における取組（2）終末期医療での課題（3）地域包括ケアシステムにおける各団体の果たすべき役割の3点を中心にインタビュー調査を行った。

6-1-1 東葛北部保健医療圏の救急医療について

松戸市立総合医療センターの救命救急センター長の村田希吉氏に話を伺った。東葛北部は、医師不足に加え、2025年にむけて、回復期の病床が3000床不足、また、2040年に向けて松戸市は後期高齢者が増え続けることが予想されている。これに伴い2030年代前半には救急搬送件数がピークを迎えることも予想されており、この状況を乗り切るために地域全体での話し合いが必要だと考えている。

松戸市立総合医療センター救命救急センターは松戸市の地域包括ケアシステム下で、松戸市における人生の最終段階を考える取り組みである「ふくろうプロジェクト」にも関わっている。「ふくろうプロジェクト」は、2017年4月1日から始まった「松戸市の医療・介護の職能団体が取り組む共同事業」で、松戸市医師会、松戸市高齢者支援課をはじめとして多職種連携で行っている事業である。文部科学省科学研究事業（救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明（研究代表者：山岸暁美：慶應義塾大学医学部））でもある。救命救急センターの医師は市民啓発活動として、ふくろうプロジェクトに積極的に参加している。

ふくろうプロジェクトの対象は、要介護者と特別養護老人ホームなど施設に入居している人であり、プロジェクトは、この人たちを対象として「ふくろうシート」と呼

ばれる緊急時連絡シートの記入をケアマネジャーたちが中心になって行い、「もしものとき」が訪れた時、ご本人の希望通りに治療を行うことができる環境を整えていく計画である。松戸市では、この活動により望まない延命治療ゼロをめざしている。

ふくろうシートは「1. 身体状況（主治医意見書から）」「2. 家族状況」「3. 予想される緊急病態」「4. 予想病態への本人の意思や家族の希望」の4つのパートから構成されている。ふくろうシートには、主治医の意見書情報を記載する欄があり、本人の病気の状態や体の状況等の情報を主治医意見書から転記する。さらに、今までどういう治療をして、これからどういうことが起こり得るのかということをつreespaceに記載してもらい、家族の状況や緊急連絡先の情報を記載する。最後に、今後の治療や療養に係る本人の希望や家族の意向などを記入する。本人の希望に関しては、例えば、「自分の身に何か起きたときに病院にいきますか？その場合どこの病院ですか？それとも自宅で負担のない治療を受けながら過ごしますか？」などをチェックシートに書いてもらう。記載したふくろうシートは、本人に関わる医療・福祉従事者で共有することで、いざというときにスムーズかつ本人の意向に沿った緊急時の対応を可能にした。

ふくろうプロジェクトは要介護対象者と施設入居者を対象に、予測される緊急事態に遭遇した際にご本人の意向に沿った医療を提供することを目標に始めた。対象者は要介護 5000 人、施設入居者 8750 人。ふくろうシートの記入を促しているのはケアマネジャーであるが、最初は、役割の理解をしてもらうことから始まり、説明し、理解してもらうまでには時間がかかった。プロジェクトの実施にあたっては、ふくろうプロジェクトの担当者によるケアマネジャーへの介入は年に数回に及び行われている。

ふくろうプロジェクトは要介護の高齢者が中心であるが、要介護を受けていない元気な高齢者や市民全体に活動を広げていく必要があると村田氏は考えており、現在は、地域での介護・在宅の会議の場に市立総合医療センターの救急科医師が自発的に参加している。意思表示書の重要性について実際に 2018 年 5 月に新聞掲載された男性の話为例に説明している。

松戸市はこれから劇的な3つの変化が起こると予想されている。(1) 回復期、慢性期の病床が不足、(2) 2040 年に向けて後期高齢者の人口が増え続ける (3) 2030 年代前半に後期高齢者の救急搬送がピークを迎える。つまり、松戸市は回復期、慢性期の病床は不足するが、高齢者は増えて、後期高齢者の救急搬送が増加することが予想されている。超高齢社会の中、将来、この3つの課題に向けて救命救急センターの現場にいる医師が、在宅や介護という地域包括ケアの現場に積極的に参加していく必要を感じ、急性期や在宅など領域を超えた多職種連携を行い、協働することを提案している。松戸市の在宅や介護で活動する医師会の先生たち、クリニックの先生、ケアマネジャーなど多職種が集まる場で松戸市の医療提供体制について話し合いもしている。また、3次救急の立場として松戸市の現状と今後の課題の説明もしている。地域連携は重要だと思っている。

松戸市の高齢者の救急の問題は「意思表示」の重要性に加えて、高齢者の入浴中の事故による 119 番への連絡が増えてきている。お風呂場での事故は、松戸市内では 2017 年度 200 件から 2018 年 250 件と急増している。これを減らすために「お風呂場での急変を予防する」というプロジェクトを進めている。

まず、最初に病院の診療録を調べ、次にインターネットアンケートによる国内実態調査を実施した。現在、研究を始める準備をしている。診療録によると純粋なお風呂の事故は、5 年で 90 例。生存例は 21 例、発見時に溺死しており、搬送時に死亡している人は 69 例あった。発生月はほとんどが冬期で、その中で、松戸市立総合センターの場合は運ばれてきた後で心筋梗塞や脳卒中が見つかった人は 1 例だけあり、ほと

んどの人が何の病気もなくお風呂で事故が起きており、中には、発生後、最短 15 分で亡くなっている人もいた。この調査により、年齢が高いほど死亡例が多く見られ、ほとんどが 65 歳以上の高齢者であった。死亡例は顔が水没しており、搬送時にすでに死亡していることが多いということもわかった。更に、国内の高齢者 1000 人を対象としたアンケートによると、配偶者と同居している人は、そうでない人と比べて、入浴中に体調変化を経験した人が少なかった。このような状況を踏まえ、救命救急の医師が注意すべき点を考えた。松戸市は 21 万世帯あり、そのうち 65 歳以上の親族のいる世帯は約 8 万世帯ある。その中の約 2 万 5 千世帯は独居。独居を除いた約 5 万 5 千世帯に「お風呂が危ない」という介入をすればお風呂での事故が減っていくのではないかと考えており、地域包括支援センターでお風呂場での事故に関する啓発活動をしている。その他、松戸市の高齢者支援課が、設置する市内 15 カ所の高齢者いきいき安心センター（地域包括ケアセンター）の町会長や地域の名士が集まる会に、毎月顔を出して、お風呂場での危険例やその普及を促している。このような会に集まる元気な高齢者は地域での見守り活動もしており、一定の波及効果を見込んでいる。さらに、病院の経営企画課の職員は、市内各所の老人会に行き、市立病院の利用の仕方を説明している。この場においても救命救急センターの医師が参加して、意思表示の話やお風呂場の話をする機会を設けてもらっている。お風呂場での事故では「好きなお風呂場でびんびんころり」と思われがちで、ご家族が満足されるケースが多いのが特に問題だと考えている。

救命救急センターの医師が地域に出向くことで、病院で本人が望まない蘇生や検査、治療を希望されるケースが減るのではないかと考えている。このためには日ごろから在宅の先生との意思疎通が必要になる。そのため地域での活動には積極的に参加し、地域の先生、ケアマネジャー、介護職員と風通しの良い関係づくりをしておくことが重要だと思っている。

ふくろうプロジェクトは 2019 年 3 月 31 日までのプロジェクトであり、終了後、研究成果は公表される予定になっている。村田氏が最後に述べているように、救命救急の在り方を考える機会を市民が持つことで、本人が望まない蘇生や救命治療が減少する可能性は考えられる。

6-1-2 東京都多摩市における医療・介護・福祉の地域ネットワーク地域包括ケアでの医療機関の役割

河北医療財団多摩事業部事業部長 明石のぞみ氏に話を伺った。社会医療法人「河北医療財団」多摩事業部は、東京都・多摩ニュータウンを中心に医療・介護・福祉のトータルケアを展開している。河北医療財団は東京都杉並区の河北総合病院を中心とする杉並エリアと東京都多摩市の天本病院を中心とする多摩エリアで医療・介護・福祉事業を展開している。多摩事業部では、病院、クリニック、介護老人保健施設、小規模多機能施設、グループホーム、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等を運営し、多摩ニュータウンを中心に医療・介護・福祉の連携体制を構築している。「ご高齢の方が住み慣れた地域で安心して暮らせることを実現する」ための、多摩事業部の医療・介護・福祉の地域ネットワーク体制「あいセーフティネット」により 24 時間 365 日絶え間なく地域の方にサービスを提供し続けている。現在は、病院や診療所、介護保険施設など 19 の施設を運営している。多摩事業部は、開設当初から認知症も対象とした高齢者の地域でのケアを 30 数年前から構築してきた。認知症と暮らす方もそうでない方も対応できる体制作りに励んできた。地域の医師は、地域に愛着

を持って働いており、若いころに非常勤として勤務してくれていた医師が他院の管理職になっていることもあり、地域での医療者間の交流ができていると感じている。多摩事業部が運営する天本病院は、地域の中で高齢者を対象とした在宅療養支援病院として地域の診療所との連携もしており、地域包括ケア病床、回復期病棟、特殊疾患病棟を持っている。高次医療機関、ホスピス、療養病床、精神神経科病棟は、別の病院が担当し、各病院の役割が明確になっている。地区の病院事務長の連絡会も行っており、地域医療連携も ICT だけに頼らず長年やってきている。これは、地域内の医師の交流が上手くできており、常に顔が見える環境づくりが自然にできていることが大きいと考えられる。

多摩事業部は、市民公開講座も長年実施しており、「在宅医療」や「認知症」など、なかなか元気なうちはイメージできないことも取り扱っている。今後は、この医療・介護・福祉のネットワークを市民に十分周知することを課題としている。院内には多職種からなる「認知症初期集中支援チーム」が設置されており、認知症に関する取り組みにも力を入れている。スタッフが自主的に一地域住民として地域の人と共に歩むことを支えることもある。

多摩市の高齢化率は全国平均とほぼ同じであるが、今後他より早いスピードで高齢化が進展すると予測されている。人口は 1990 年をピークにほぼ横ばいの状況にあるが、65 歳以上の高齢者人口は増加している。平成 40 年には前期高齢者も減少するが、後期高齢者は、前期高齢者の倍以上になると予想されている。

多摩事業部は、この環境の中で認知症をはじめとした高齢者対策の市の委託事業も増えてきている。「多摩市中部地域包括支援センター」や「認知症初期集中支援チーム」もその一つである。多摩市中部地域包括支援センターは多摩事業部が運営しており「地域高齢者見守り相談窓口」を設置し、永山地区の地域活動拠点化に向けた取り組みを行っている。これは「永山モデル」といわれているが、ここでは専門職をはじめとする地域社会資源と連携し、医療介護の拠点の中核的機能を担い、認知症や介護予防・フレイル対策を計画している。

多摩事業部は、介護保険のなかった 1980 年から『あいセーフティネット』を構築してきており、以来連携は、紙ベースでのつながりが中心であったが、ICT 化も始まった。多摩事業部の中心となる天本病院は回復期慢性期を担っており、急性期での治療が終わり、リハビリが必要な状態で入院されていることが多く、併設のあい介護老人保健施設（老健）とともに在宅医療に移行する準備をして居宅に戻っていく。多摩事業部には在宅医療部があり、多職種によるスタッフが、退院支援から在院医療までを行っており、患者が自宅にもどってから必要となる通所リハビリ・通所介護の施設もある。

多摩事業部には天本病院のほか老健、小規模多機能施設やグループホームでも終末期対応をおこなっている。在宅医療だけでなく、多くの選択肢の中から、患者の意思を尊重できる環境を作っている。終末期の対応は患者本人や家族の意向を踏まえた治療やケアの選択肢を伝えている。これは、良好な患者・医療従事者関係があるからだと言っている。多摩事業部では、終末期の看取りについては、医療以外の老健や小規模多機能施設などでも行っている。近年は、病院より、在宅医療部での看取りが多くなってきた。病院での治療は終わったが、家では治療の継続が困難な場合には老健などの施設を案内することもある。「残された時間を老健などで、本を読んだり歌を歌ったり穏やかに過ごしていただき、最後まで、楽しみながら生活をする事ができます。医療従事者が近くにいるから安心して暮らすことができるといわれることもあります。私たちの治療やケアにご家族も納得されるケースが多いように思います。」と明石氏は語った。

今後は、『あいセーフティネット』の活動を広く地域に広め、フレイル対策から人生の最終段階にいたるまで、多摩ニュータウンでは満足して暮らせるような活動を続けていくため、終末期における意思決定支援を課題としている。特に患者の親戚一同の意見に沿うのは難しいと感じている。

6-1-3 医療法人明医研が地域で実践する在宅医療について

医療法人明医研は、1995年に埼玉県さいたま市にハーモニークリニックを開院し、地域のニーズに合わせた在宅医療を展開している。中根氏は開業前に浦和市立病院で内科医として勤務していた。1992年に地域の開放病床としての役割を持つ地域医療支援病棟「さくらそう病棟」を開設し、管理医師を務めた。この時の経験から地域には、「さくら病棟」の支援機能を最大限に活用し、患者が安心して退院後も治療が継続できる場が必要だと感じ、「24時間対応の訪問看護ステーション」を併設したハーモニークリニックを1995年に開設した。当時、浦和市立病院では、積極的に地域の患者の受け入れをしたが、退院後の地域の開業医にはもっと協力してほしいと思っていた。さくらそう病棟を立ち上げる際には、日本で先駆的に開放病床を行っていた地域にも視察にいったが、利用者がほとんどない地域医療支援病棟を持つ病院もあり、そういうところは、この病棟を普通の空病床と同じように扱っているという事実を知った。調査の結果、病院を退院しても受け入れられる環境が地域の診療所にはないという現状があることが分かった。この時の経験から地域連携への5つのキーワードである(1) 筋の通った根拠があり、(2) 無理なく継続され、(3) 未来につながる価値があり、(4) 参加者に利点が明解で、(5) 社会に需要される経済性を認識した。さくらそう病棟は「退院後の継続医療の基点とする機能」としてスタートさせた。これは、「地域の特性に合わせた魅力ある、長続きする効率的な地域連携」のために病院でできることとやり遂げたいことを考えたからだ。地域の診療所が頼りにし、「いざというときの入院先」であり、「退院後のフォローも円滑」にすることを考えて開設した。さくらそう病棟設置にあたっては、まず、病院の中に医師会から派遣された職員で構成された連携室を置き、連携医療に登録した地元の医師会員であるかかりつけ医が院外主治医として共同診療にあたった。入院中の診療責任は院内主治医であり、院外主治医は補佐的に診療に関わり、退院後の継続医療にかかわってもらえるような柔軟な仕組み作りをした。さらに、開放病床を効率よく充足するために、院内から院外への継続医療につなげる出口機能を持たせた。さくらそう病棟の稼働後、出口となる地域の開業医の重要性を改めて感じ、自身のクリニックを開業した。現代医療は、専門領域が細分化し、領域間の横のつながりが希薄になってきている。このような医学の進歩の中で総合的な医療を受けることができない患者が増えてきている。このジレンマを解消するために中根氏が経営する診療所では、専門医に、総合的な健康管理ができる知識を備え、総合外来と在宅医療の両方を診てもらってチーム診療を行っている。このような専門医療の隙間を埋める役割は、かかりつけ医が果たすべき役割だと考えている。

明医研の2つの診療所は、外来と訪問診療を行っている。真の総合診療は、1人の医師だけでは行えず、在宅医療は、地域のケアマネジャー、訪問看護師、訪問薬剤師等の多職種連携で支えている。力を合わせて地域の人々の健康を守り、苦悩を和らげることに努め、人々の心ゆく日々を支えて、現在と未来の世代に貢献していくため医療・介護連携は重要だと考えている。そのために、明医研の医師・看護師・ケアマネジャーを講師として定期的に「学びのセミナー」を開催し、地域の医療介護関係者との交流を行っており、この活動は、さいたま市緑区が進めている地域包括ケアの推進のサポートをしている。在宅医療は、地域医療の中で「病院で対応しきれない医療」

を受け持つ役割があり、2つの領域がある。1つは「社会的要請に応じるための在宅医療」であり、高齢化が進む中で入院しても治療しきれない、生活支援や終末期の対応をすることであり、もう一方は「医療の急速な進歩に伴う在宅医療のニーズ」に応えること。高度医療を受けた患者は、その後の継続医療を自宅で受ける必要がでてくる。この治りきらない病態の管理をする必要があり、在宅にも高度な内容の対応が求められることもある。この要因として、治療技術の進歩により、治せなかった病気が治せるようになってきたことがある。

明医研では、終末期において、全てを自然に任せるのではなく、医療を頼り、効果を期待できる処置を必要とする人には、相当の選択肢を用意している。終末期に関わる判断、例えば、苦痛を伴う終末期なのかどうかを判断するのは医療上の責任者である医師の仕事であり、医師でない人が判断すべきだと考えている。高齢者の医療は年齢だけではなく、本人の意思と医師による病状の変化の判断が必要だと考えている（中根、2016）。

6-1-4 オンライン診療（東京都O内科診療所）

2018年度の診療報酬改定でオンライン診療料などが新設され、オンライン診療の地域での運用が注目を集めている。厚生労働省は、オンライン診療を遠隔医療のうち、医師－患者間において、情報通信機器を通して患者の診察をリアルタイムに行う行為としており、2018年3月にオンライン診療の提供に関するガイドラインを定めた。東京都江東区に立地するO内科診療所では、今回の改定前の2017年7月より運用を開始しており、オンライン診療の導入経緯とその診療の実態を伺った。

O内科診療所は、1967年に開業し、地域の「かかりつけ医」として地元密着の診療所であり、内科中心の診療を行っているが、在宅診療も行っている。地域柄、長年住み続けている方も多く、特に高齢者の方の通院が大変だという声にこたえ、患者の利便性を図り、診療の質を担保するために2017年7月にオンライン診療を導入した。オンライン診療にあたってはいくつかの要件がある。初診から6カ月以上経過しているなどの診療要件を満たし、かつ、医師が、必要と判断した場合に導入している。現在は5人の患者に対して行っている。2018年にオンライン診療料などが新設されたが、まだ一般的には診療概念が浸透しておらず、患者からの要望はなく、医師サイドから提案している。現在は、生活習慣病の患者が中心。通院とオンライン診療を併用しているケースもある。

診療時間は15分に設定しており、O内科診療所の場合、通常診療は、5分から10分が診療時間の平均だが、それよりも長く、また、オンライン診療は、ロビー待ちの人目を気にすることなく、普段質問できないことや病気とは一見関係がないような問題でも医師に話すことができると喜んでいる患者もいる。高齢者世代は対面の方が好きな方も多いと思っていたが、オンライン診療利用者は「先生とゆっくり話ができるのいいし、通院の負担がなくて楽」と言われる。現在、デバイスは、スマホやタブレットを使ってもらっているが、システムをインストールしてしまえば電話をかけるのと同じくらい簡単に使うことができる。

オンライン診療を行っている生活習慣病の患者は日々、バイタルログ（体重、血圧、脈拍など）を患者自身が入力する。これが楽しいと言ってくれる患者もいるという。毎日の入力により患者の変化もわかり、通院時のバイタルチェック後の診療と変わらないアドバイスをすることが可能である。生活習慣病など慢性疾患の患者の治療の継続は大きな課題であり、このように楽しみながら治療をすることで、治療の離脱を防ぐことができるのは魅力だと考えている。

0 内科診療所では、在宅診療も行っている。オンライン診療には対面とは違った価値があり、併用することで治療効果を上げることができると分かった。⁹0 医師は、在宅に移行する前にオンライン診療を試してみてもいいのではと考えている。オンライン診療は診療所での診療と在宅の間や在宅医療をすでに始めている人が導入することで治療の効果を上げることができると考えている。0 医師は、画像と音声で緊急性もある程度はわかるという。オンライン診療は、患者側にとっては、治療のみならず、医療費の上でも、メリットがあり、私たち医師の疲弊も解消できるツールになれるのではないかと考えている。

6-2 地域包括ケアシステムにおける医療施設の役割

今回調査を行った4団体においては、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインにあるように、終末期医療における意思決定は、本人の意思が尊重されるべきだと考えていたが、現状は、患者の終末期に関する理解が進んでいないことを課題として挙げ、それぞれの現場で意思決定支援を独自に行っていた。「急性期病院（救急医療対応）」である松戸市立総合医療センター救命救急センターでは、ふくろうプロジェクトへの参加と「お風呂場での急変を予防する」プロジェクトの一環で、市民に対して教育活動を展開していた。また、「療養型（慢性期）病院」を運営する河北医療財団多摩事業部の天本病院では、「終末期医療だけでなく、健康な時から高齢者と関わり、患者となったときの選択がイメージできるように「あいさふティネット」の存在を認知してもらうための活動を地域において行っていた。在宅診療を行う医療法人明医研では、終末期の意思決定に限定した活動は特に行っていないが、定期的に市民に対し「学びのセミナー」を開催し、地域の医療介護関係者との交流を行っており、終末期医療に限らず、地域で医療における問題が生じたときに頼りにしてもらえるクリニックであり続けたいと地域内での連携を重視している。地元においてかかりつけ医である0内科診療所は、通院を中心とするクリニックではあるが、在宅医療も行っており、オンライン診療導入もしている。オンライン診療を行うことによって、患者とのつながりを密にすることができ、かかりつけ医の機能強化ができていると語っていた。このような密な関係作りがかかりつけ医と患者間でできていれば、日常の診療の段階から生活を含めた人生の最期の在り方についても話すこともできる。通院型の診療所は終末期医療の意思決定に関しては、直接的には関与をしない場合が多いと想定されるが、紹介先の医療機関において、有効な役割を果たすことができると考えられる。今回の調査から、医療機関においては、診療所を除き、医療者と患者およびその家族や住民との関係強化による終末期医療の意思決定支援を行っていた。中でも、松戸市立総合医療センターではこれらの活動の目的を病院で本人が望まない蘇生や検査、治療を希望されるケースが減ることを想定して行っており、地域における救急機関において、本人が望まない蘇生や救命活動に人材資源が投入されることにより、人材不足や、救命救急の現場の崩壊が、地域の医療崩壊を引き起こすのではないかと懸念していた。このように医療者側が考える終末期医療の課題は、経済的課題ではなく、医療提供者による患者や住民教育をおこなうことにより、本人の意思を尊重した治療を行うこととしている。つまり、ACPの重要性を含めて、患者の意思決定支援を人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに沿って行うことにより、患者は終末期医療における選択

⁹ 効果については、米国内科学会の日本支部年次総会2018でオンライン診療について発表している。発表タイトル「筋緊張性ジストロフィーを持つ2型糖尿病の患者の症例」（小野内科診療所 小野卓哉）

を自らの意思で行い、本院が望まない医療を減少させることができる可能性が本調査において示唆された。この活動は、前提として地域の特徴的な疾患、事故を調べその対応をしていくことの重要性も示された。今回の調査は医療機関のそれぞれの属性において、筆者が行った予備調査において東京近郊で特徴的な活動を行っている団体であり、この活動が現時点においてどの程度行われているのかは、明らかにされていない。また、4つの病院属性により、患者、住民へのアプローチが異なったことは、特筆にあたる。特に、0内科診療所のケースから、「かかりつけ医」と患者との関係強化は重要であり、日本においては、まずは、健康な時から、日本の医療における経済状態を知り、医療における保険制度の仕組みを理解し、医療が必要になった時に自分の取る行動を「かかりつけ医」に相談し、在宅医療や病院における医療に移行する前に家族あるいは周りの関係者とACPを考えることが重要だと考える。そのためには、各地域において、健康な時からの医療者との接点をつくり、医療制度を学びながら「気軽に相談」をできるつながりを持つことが重要であることが示唆された。

第7章 日本における医療費削減の取り組み

日本における医療費削減の取り組みに関する研究は、医療・保険行政の構造をはじめとして、各種疾患別に行われている。例えば、肥満者と糖尿病有病率との関係、禁煙による疾病リスクの減少、筋力トレーニングに医療費抑制効果など、対象は高齢者に限らず、中高年をターゲットとしたものも散見される。これらの研究は、主に保険者である地方自治体がつ医療費の支払いデータであるレセプトデータを利用して行われることが多いため、地域差や年齢差がみられるが、健康維持や予防への取り組みは、前述した新潟県湯沢町の例などは、この取り組みによる効果を感じている。

7-1 医療計画の見直し等に関する検討会

医療費については、厚生労働省の医療計画を検討する会でも検討されている。本会は、医療提供体制を検討する会であり、5年に1度見直されている。医療計画は、適切な医療提供体制をとることにより地域医療の効率化・体系化をはかることが目的とされ設置された。そのため、経済的効果も重要な課題となっている。一例をあげると医療検査機器について2016年に第7次医療計画の検討の際に議論されている。日本は病床数が他国に比べて多く、医療検査機器も多い。この検討には経済協力開発機構（OECD）のデータを利用している。OECDで世界中の人々の経済的・社会的福祉を向上させる政策を推進することをその使命としており、そのため教育、科学、社会保障、医療まで経済、社会にかかわる幅広い調査を行っている。調査結果については、ホームページ上で公開されている。2018年度のOECDデータによると国民1千人あたりの病床数はOECD加盟国36カ国中1位であった。国民1千人当たり米国2,770台、英国2.54台に対し、日本は13.050台である。同じくOECDデータにより、医療検査に使用する機器についてみると、MRIは国民100万人あたり55,210台、CTスキャン111,490となっており、いずれもOECD加盟国中1位であった。この件に関しては、病床数や医療検査機器の台数が、患者を誘引している可能性を探るために、厚生労働省が2016年に第3回医療計画の見直し等に関する検討会の中で調査を行っており「医療機器の配置及び安全管理の状況等について」で結果を公表している。10万人あたりの医療機器の台数は都道府県によって差が見られ、MRI、CTの10万人あたりの台数はMRIでは高知県は全国で一番高く、CTでは徳島県について全国2位であったが、CT1台あたり患者数は全国で1番少なかった。本調査において人口あたりのCTの台数とCT1台あたりの患者数を比較した調査ではこの両者間には負の相関関係が認められた。このため必ずしも医療検査機器が患者を誘引しているとはいえないが、CTおよびMRIの数が世界的にみても突出していることはOECDデータを見ても明らかである。例えば高知県の場合、CT1台あたりの患者数が全国で一番少ないことから、採算が取れていないのではない可能性もあり、保守点検費用についても懸念される。このため、第3回医療計画の見直し等に関する検討会でも、CTやMRIなどの検査機器の適正な数を考えていくべきだとしており、経済的観点から共同利用なども今後考えていく必要があると示唆した。

CTやMRIの台数については、日本の医療における患者の受療行動がフリーアクセスであり、患者が望めば大学病院や総合病院にいつでも行けるということから、診療の内容を左右する医療機器の設置などが病院における診療の内容とスピードも患者獲得に寄与する可能性もある。第7期医療計画策定にあたり厚生労働省が検討した上記提案についての効果は第7期の最後の年である2021年に第8期を検討する際に全国データとして示されることが想定される。今後、病院の統合による地域の病床数の削減や地域での医療機器のシェアによる経済効果報告に注目したい。

7-2 神奈川県を取り組みと医療費の検証結果

第1章で神奈川県による「未病」をテーマとした健康増進政策について取り上げた。この中取り組みの中で神奈川県は未病産業研究会を立ち上げ、現在会員企業数は785社となっている。2018年5月31日に「平成30年度第1回未病産業研究会勉強会・交流会」を実施した。神奈川県からは未病産業創出に関連した取り組みを紹介するとともに地域包括ケアシステムの構築に向けて、産業と地域との連携の在り方についての講演が実施された。神奈川県はヘルスケア・ニューフロンティアの早期実現に向けて2018年3月ヘルスケア・ニューフロンティア・ファンドを組成した。研究会の活動の一つとして、「未病産業」に関する商品やサービスが「未病を改善する」ことに資するエビデンスの確立を上げている。このような新しい産業を創出するとともに神奈川県では医療費適正化計画も推進しており、2019年3月14日に第二期神奈川県医療費適正化計画の実績評価(神奈川県, 2019)をホームページに掲載している。その中で神奈川県の特徴として、今後の急速な高齢化により、一人当たりの医療費の高い後期高齢者医療費の割合が増加し、県民医療費も他の都道府県を上回る伸び率での増加が予想されるとしている。今後重点的に取り組むべき課題としては、生活習慣病予防対策を上げている。この目的の一つが医療費の伸びを適正化するためと記載されている。さら県民の医療費に関する意識の啓発も重要とした。この計画の推進にあたっては目標値を上げている。例えば特定健康診査の実施率70%以上、たばこ対策として成人喫煙率を男性25%、女性6%、未成年者の喫煙をなくすため受動喫煙の遭遇機会を減らすことを目標とした。また、健康の指標とされる自分の歯を20本以上75歳から84歳で持つ人の割合を65%(平成34年までに)にした。医療費においては医療費の見直し目標額を定めるとともに平均在院日数23.7日を指標としており、薬剤医療費の減少を目指して後発医薬品の使用を促進するため、後発医薬品の安心使用に係る理解と普及を目指した。評価はホームページ等で公表し、県の次期の計画の検討課題とするとともに保険者や企業や関係団体に対し取り組みの強化を県が働きかけていくと宣言した。

結果として特定健康診査の受診率は51.0%にとどまり目標値の70%には届かなかったが、第二期計画機関中において実施率は毎年上昇した。2015年49.7%、2016年51.0%であり、全国平均(51.4%)に近づいた。成人喫煙率に関しても目標値には達しなかったが1998年と2015年を比べると男性46.5%から26.9%、女性は11.1%から9.7%と減少している。たばこ対策に関する取り組みとしては、禁煙に関するセミナーの実施、キャンペーン、卒煙サポート、未成年者の喫煙防止対策、受動喫煙防止対策などあわせて123件を第二期で取り組んだ。またこれらの数値を踏まえての今後の対策にまで踏み込んで書かれていた。高齢者の歯の本数については、目標65%のところ2015年44.7%と目標達成には至らなかったが、2010年の34.6%から10.1%増加した。平均在院日数*について、2016年の調査では、神奈川県は21.7日であり、目標の23.7日を達成するとともに全国平均27.5日を下回っている。取り組みとしては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の医療連携体制を構築したこと、かかりつけ医(歯科含む)と総合病院との地域連携を強化した。(*平均在院日数は病院に入院した患者の1回あたりの平均的な入院日数を平均在院日数と定義している)最期に後発医薬品の使用状況については、2014年と比べて20.6%増加し、71.3%となったが、全国で見るとワースト10に入り、今後のさらなる促進が見込まれることが分かった。これらを医療費実績の推計値で見ると2013年2兆5107億円が2017年の実績の見込みは2兆7996億円であり2889億円増加しており、第二期において削減には至らなかった。この差に関しては、「診療報酬改定」の医療費の減少要因を、人口の増加と高齢化および医療の高度化や患者負担の見直しなどの医療費増加要因が上回

ったと考察を行った。増加要因については医療の高度化と高齢者の影響は同程度で、全体の 93.5%を占めていた。この結果から高齢者の医療の伸びを適性化することは重要としており、これに関しては若年期からの疾病予防が重要であり、生活習慣を改善し、生活習慣病対策を推進することによる改善の検討を示唆している。

7-3 医療費削減における取組とその成果

医療費については、中央社会保険協議会において健康医療保険制度や診療報酬の改定が審議されている。また、病床数や検査に係る CT や MRI などの医療機器が他国に比べて極端に多いことなどは医療計画の検討に関しても審議されており、国家全体として医療費削減に向けての取り組みがなされてきているがその効果を示したものは現段階では公表されていなかった。また、地方自治体の取り組みとして神奈川県を例に医療費の削減に寄与するために設置された「未病産業研究会」と第二期神奈川県医療費適正化計画を調査した。結果、生活習慣予防対策をはじめとしてその対策から一定の効果または将来の効果が推定されるが、直接医療費の削減にはつながっていない。その要因として神奈川県は、後期高齢者の増加による医療費の増加が上回っていることを理由として挙げている。さらに後期高齢者の医療費の削減においては、若年期からの対策が重要としている。この施策においては、現在の中高年(50 歳)から後期高齢者(75 歳)の人に対する方策が神奈川県のケースでは立てられていない。そこで、第 8 章では、この点を踏まえて終末期の意思決定支援にかかる施策を考察する。

第8章 地域包括ケアシステム時代の終末期医療における患者意思決定支援の現状

本章では、日本における地域包括ケアシステム時代の終末期医療における患者意思決定支援の現状を調査し考察を行った。終末期の問題に対し、厚生労働省は、2007年に人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを策定している。この中で、終末期医療における意思決定は本人の意思または本人の意思を推定できる者の推定意思が尊重されると定めている。また、ガイドラインには、居宅で穏やかに最期を迎えるか、最後に医療費をかけて治療を行うかは主として個人の意思に基づくことが方針として定めている。

地域包括ケアシステムにおける自治体の取り組みとしては、健康に対し、インセンティブを付加しているケースも見られた。2014年12月から2017年3月まで総務省・厚生労働省・文部科学省が支援を行い、筑波大学とみずほ情報総研、つくばウェルネスリサーチ、凸版印刷はスマートウェルネスシティ総合特区の大規模実証実験「複数自治体連携型大規模ポイントプロジェクト」を実施している。これは、全国6市（福島県伊達市、栃木県大田原市、千葉県浦安市、新潟県見附市、大阪府高石市、岡山県岡山市）が参加した「健幸ポイント」制度のプロジェクトである。このプロジェクトでは、対象者の約75%が健康への無関心層であり、この無関心層に働きかけることにより医療費抑制につながることを試算できたとし、浦安市では、スポーツによる地域活性化推進事業報告書に「健幸ポイント事業参加による医療費抑制効果があることが確認された」と記載している（千葉県浦安市，2017）。

8-1 日本における高齢化と医療費の現状

日本の2017年度歳出予算は97.5兆円であったが、そのうち社会保障費は32.5兆円（33.3%）と最も占める割合が高い。財務省によると国の一般会計歳出は①社会保障、②国債費、③地方交付税交付金などの3経費が7割を占めている。2017年度一般会計税収は57.7兆円であり、歳出予算との差は毎年公債で補填されている。1990年度と2017年の予算を比較すると、社会保障関係費が大きく伸びており、持続可能な社会保障制度の構築は喫緊の課題であり、この対策は日本社会の潮流になっており、厚生労働省を中心に議論されている。その対策の一つが「地域包括ケアシステム」の構築である。地域包括ケアシステムは患者の治療の場を病院・施設から地域を主体とし、医療費削減においても大きな役割を果たすものと期待されている。しかし、社会保障は、年金、医療、介護、子ども、子育てなどの分野に分けられており、医療だけではない。また2016年度の給付費を見ると社会保障費の総額118.3兆円のうち最も高いのは年金の56.7兆円であり、医療は37.9兆円、介護・福祉・その他が23.7兆円と続く。つぎに将来の社会保障費を見てみると、2012年総額109.5兆円であったものが2025年には総額148.9兆円と社会保障費に係る費用は1.36倍になることが予想されている。この間のGDPの伸びは2012年度479.6兆円から2025年度610.6兆円と1.27倍の伸びが予測されており、これは、社会保障費の伸びより低い。区分別にみると、介護は2.34倍、医療は1.54倍、年金は1.12倍と予測されている。

次に、医療技術の発展により、最新機器を使用した治療や、高額薬剤の出現、難しい手術等が実施可能となり、「救われる命」が増え、介護を必要とする高齢者が増えると予測される。そのため、介護についても議論が必要だと考える。特に高齢者は、介護が必要な状態で、地域・家庭に戻る可能性が高まると予測される。このような中、ICTを活用したオンライン診療や在宅医療の推進も行われている。

厚生労働省の統計によると後期高齢者の死亡年齢による死因は表 8-1 の通りである。

表 8-1 死亡年齢による死因

年齢	第 1 位	第 2 位
75 歳～89 歳	悪性新生物	心疾患
90 歳～94 歳	心疾患	悪性新生物
95 歳以上	老衰	心疾患

2017 年度人口動態統計（厚生労働省）より筆者作成（2018 年 1 月 21 日）

現在 75 歳以上の死因の第 1 位は年齢が進むとともに悪性新生物から心疾患、老衰へと変化している。医療技術が進み、高額薬剤や高額医療機器の利用、さらには再生医療の技術の進歩にともない悪性新生物による死因は減少するものと考えられている。老衰について厚生労働省はその定義を「死因としての「老衰」は、高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみ用います。ただし、老衰から他の病態を併発して死亡した場合は、医学的因果関係に従って記入する」と「平成 30 年度版 死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」に記載しており、例えば、心疾患で手術を施し、介護状態で退院し、数年後に死亡した場合は老衰にはならない可能性が高い。症状や状態により費用は異なるが、千葉県は心臓手術にかかる費用を「総医療費としては 400 万円（人工弁置換 1 ヲ所、冠動脈バイパス術などの場合）程度かかります。」（千葉県, 2019）とホームページ上で答えている。つまり、医療技術の進歩により、健康寿命が延伸すると死亡前の数年で入院治療費及び介護費用が増加する可能性が見込まれる。特に、表 8-1 の通り、後期高齢者の心疾患による死因は年齢が上がるほど多くなり、健康寿命の延伸を推進すると最後に心疾患で死亡するケースが増えることが予測される。心疾患については入院・手術を伴うケースが発生することも予測され、医療費の負担が増えることが想定される。

2016 年 10 月に発表された日本心不全学会ガイドライン委員会「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」によると慢性心不全は主として高齢者の疾患であり、1999 年に発表されたロッテルダム研究においては、55 歳で健康である人の 3 人に 1 人がその余生で心不全に罹患すると報告されている。さらに慢性心不全を高齢者の一般的な病気としており、基本的には根治不能な難治性疾患であると記載しており、科学技術の進歩による治療の進歩は「終末像の先送りに過ぎないことにも思い当たる。また、高齢者においては、その先送りについての意味が見いだせない場合が少なくない。」（日本心不全学会, 2006）と書かれている。また、同学会は、高齢化の進展による大動脈弁狭窄症の顕著な増加も予測している。さらに同学会は、高齢者の心不全の予後は予測しにくく、循環器領域でも集中治療を行わないオプションを提示し緩和医療を推進すべきだとの見解を述べている（日本心不全学会, 2016）。

日本では、健康寿命を延伸し、介護期間なく、入院もせず、突然亡くなりたいという希望を持つ高齢者も少なくはない。想定されるのが独居老人の心肺機能停止による孤独死である。しかし、地域包括ケアシステムの推進により独居老人の孤独死は少なくなるものと思われる。独居に対する問題は世界的に取り組まれており、イギリスでは、2018 年 1 月孤独相が誕生したが、日本でも多くの研究者がこの問題に取り組んでいる。2018 年 1 月に、一般社団法人日本老年学的評価研究機構が設立され、健康長寿社会をめざした予防政策の科学的な基盤づくりを目的とした研究プロジェクトを

行っている。この中でも孤独に対する研究は行われている。これからの社会は、たとえ独居であっても ICT の管理下に置かれ、社会的なつながりは人生の最後まで存在するものと考えられる。例えば、家電と医療機関や遠方の親戚等を結ぶシステムがこれにあたる。また、心疾患手術については地域格差が指摘されており、この問題の解消に比例して手術件数も増える可能性はある。さらに、手術後は、健康な状態ではなく、介護状態となる可能性が高いと示唆されている¹⁰。

後期高齢者の死因の第 1・2 位を占める心疾患については、後期高齢者の心臓外科手術（日老医誌 2011；48：89-98）などをはじめとする高齢者への治療とその成績を取り上げた医療の質に関する論文も見られ、日本心不全学会ガイドライン委員会が高齢心不全患者の治療に関するステートメントを作成し、この中で、高齢者の終末期の医療に関する倫理的・社会的な問題にも踏み込んでおり、日本経済に与える影響も示唆している。しかし、筆者は、この問題については、終末期だけの問題ではないと考える。今後、持続可能な社会保障制度の構築を目的とした医療保険制度や医療費について考える上で、このように、予防・健康教育による健康寿命の延伸と科学技術の進歩による医療の質の向上が多死社会で医療費に及ぼす影響についての検討がされているが、医療費全体の施策を検討すべきである。その中でも近年課題となっている患者の大病院（総合病院）志向も解消すべき問題であり、高齢者医療費だけの問題ではない。

近年、医療においても情報化が進んでおり、人工知能の活用について議論されている。国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構が主催する人工知能技術戦略会議のとりまとめである人工知能技術戦略（内閣府，2017a）の中で、重点分野の一つに「健康、医療・介護」を挙げているが、この中でも「目指すべき社会像」として「予防医療の高度化により、病気にならないヘルスケアを実現する健康長寿産業大国を構築する。2030 年には我が国人口の 40%以上が高齢者となる中で、80 歳でも就業を希望する者が元気に働いている社会を実現する。これにより、個人としての満足度を上げるだけでなく、社会保障費の軽減を図ると同時に労働人口の減少という課題への対応の方策ともなる。」（内閣府，2017b：5）と記述している。同会議は、2016 年 4 月 18 日に AI 技術の研究開発と成果の社会実装の加速に当たるため、総務省、文部科学省、経済産業省の 3 省が連携するためのものであるとしており、ここでも、健康寿命の延伸に努めることで、社会保障費の軽減を図ろうとしている。筆者は、就業を希望する高齢者が元気に働いている社会と医療費の問題は切り分けて考えるべきだと考える。

8-2 日本における終末期の施策とその認知度

前章で、高齢化に伴う医療の現状について述べた。これに対し、日本政府は、「人生の最終段階における医療・ケアの在り方」を検討し、2007 年に人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを策定している。これは、前章で調査をおこなった人生の最終段階における治療の在り方に関する問題を鑑み厚生労働省が作成したものである。この作成にあたっては、1987 年以来 4 回の検討会を開催し、検討をした結果、人生の最終段階における医療に関する国民の意識の変化や環境について一律の定めが必要かどうか議論を行った。2018 年 3 月に発行された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン開設編」

¹⁰ ベネッセスタイルケア 心臓病を死亡率も要介護になるリスクも高いとしている。
<https://kaigo.benesse-style-care.co.jp/disease/heart/> （2018 年 8 月 3 日取得）

は、この議論の中で方向性を示す必要があると考え、ガイドライン策定にあたったものである。その目的は、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるためであり、体制の整備を積極的に促すこととあると記載されている。2015年3月「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へと名称変更が行われた。また、多死社会に備え、諸外国で普及しつつあるACP(アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス)の概念が盛り込まれた。本ガイドラインでは、人生の最終段階における医療・介護に従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族を支える役割を果たすと位置づけられ、本人や家族等の意思決定を尊重し、本人が最期まで自分らしく生き、よりよい最期を迎えるための医療・ケアを人生の最終段階において進めていくことの重要性を確認した。この改定では、医療・介護提供者と本人及び家族等とのコミュニケーションを重視し、本人による意思決定を基本としている。また、人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続きにおいては、本人の意思の確認ができる場合とできない場合について分けて記載し、意思確認のプロセスにあたっては、その都度、文章にまとめておくことを推奨している。本人の意思決定を基本としながら、医療・ケアチームと十分な話し合いを踏まえてチームの方針決定を行うシステムになっている。ここでの、医療・ケアチームとは医師、看護師、ソーシャルワーカー、介護支援専門職員などを指している。この中で、本人の意思が確認できない場合は、本人の意思を推定できる者の推定意思を尊重すると記載がされている。本人の意思が推定できない場合は、家族等と十分に話し合うこととし、さらに家族等がいない場合や家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとって最善の方針をとることを基本とするとあり、元気なときから家族等とコミュニケーションをとり、信頼のおける医療提供者とのつながりを持つことが重要であると示唆されている。

ACPの概念の普及が進めば、人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定について考える機会も増え、個人が自分の状態にあった病院に行くことにより医療のアクセスも整理されることが期待されるが、厚生労働省が行った平成29年度一般国民票「平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査」の結果から、ACPの概念について賛成であるとするものが一般国民で64.9%である中、知らないと答えた一般国民は75.5%であり認知度は低いと考えている。医師であっても41.9%が知らないと答え、聞いたことがあるがよく知らないと合わせると76.2%であった。また、人生の最終段階における関心は高いが、話し合ったことがないものが一般国民の場合、55.1%であった。また、話し合っている（詳しく・一応）と答えた者の話し相手は家族が94.3%であった。きっかけは、家族等の病気や死と答えたものが61.2%、ついで自分の病気が52.8%また、話し合ったことがないと答えた者の56.0%は話し合うきっかけがなかったからと答えている。しかし、人生の最終段階における医療について受けた情報源は医療機関・介護施設と答えているものが67.6%であった（厚生労働省、2017f）。つまり、家族あるいは自分が病気になって初めて、人生の最期について考えるようになりその相談相手は家族であるが医療機関・介護施設から情報は得たいという現状が読み取れた。現状は、人生の最期における医療の十分な情報が得られていないのではないかと推測された。

8-3 国民が希望する終末期の迎え方

「高齢者の希望する終末期の迎え方」（木内ほか、2014）は、国民が希望する終末期の迎え方について論じている。老人クラブの高齢者に対し調査を行い333名から回答を得たうち、「どのような終末期を迎えたいと考えていますか。ご自由にお答えく

ださい」の設問に対し、有効な回答が得られた 284 名を対象とした分析を行っている。健康状態は、「良い」と「普通」合わせて 89.1%と良好なものが大半を占めた。高齢者の終末期の希望は 6 つのカテゴリーに分けており、①死に方の希望、②死ぬときの身体的、精神的状態の希望、③死ぬときの環境・状況の希望、④死ぬまでの身体的状況の希望、⑤死ぬまでの生活・生き方の希望、⑥死後の希望であり、最も多かったのが死ぬ時に関する希望 41.1%であった。次に死ぬまでにに関する希望が 23.7%であった。死ぬ時に関する希望は、死に方の希望が 23.9%、死ぬときの身体的・精神的状態の希望が 20.2%、死ぬときの環境・状況の希望が 16.3%であった。死に方に関して主な記述は「①コロリと、ぼっくりと」、「②自然に」、「③安楽死」、「④延命拒否」、「⑤大往生」、「⑥急死」、「⑦突然死」、「⑧寝ている間」合わせて全 284 名のうち 22.1%であり終末期医療に対する希望であると述べられている。木内らの研究の中でも、高齢者の意思尊厳の必要性が論じられており、高齢者の希望する終末期のための今後の課題については、「高齢者は家族等に迷惑をかけずに死ぬまで元気でいたいと希望していると述べられおり、高齢者が健康で生きがいをもって社会参加できる、いわゆるサクセスフルエイジングが重要である」（木内ほか、2004： 81）と述べ、社会のサポートの必要性を論じている（木内ほか、2004）。つぎに、3 つの世論調査¹¹より、国民が希望する終末期の迎え方を考察する。

(1)2018 年世論調査（日本医療政策機構 2018 年 6 月、インターネット調査、有効回収数 1,000 件）

終末期について 6 項目、質問をしている。この中で、2018 年 3 月に厚生労働省が策定した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を知っていたものは 10.8%であった。終末期について身近な人と具体的に話し合ったことがある人は全体の 25.4%であり、50 代以上のものは、31.5%、50 代未満のものは 17.9%であったが、話し合いたいと思っている人は全世代で 50%を超えるが、70 代以上になると 79.4%の人が話し合いたいと思っていることが分かった。話し合いたい内容は、終末期のケア・治療方針の選択肢が 58.8%と一番多く、次いで、望む場所で最期を迎えるために必要なこと 49.1%、最期をむかえるにあたって利用できる社会保障制度 38.3%となった。どのような人に相談したいかという質問では、治療やケアについての情報を教えてくれる人が 57.2%と一番多く、制度について教えてくれる人 52.3%、専門機関とつないでくれる人 47.1%、住み慣れた環境で最期を迎えるためのサポートをしてくれる人 41.4%、不安や悩みを聞いてくれる人 38.5%と続いた。

(2)医療・医療保険制度に関する国民意識調査報告書（健康保険組合連合会 2017 年 6 月実施、インターネット調査、回収数 2,000 人）

看取りなど終末期医療に関する意識を 7 項目、質問をしている。まず、家族や親族などを在宅で看取った経験のある人は 19.4%であった。回答者自身が痛みが伴い死期が迫っているケースを想定した場合、病気の治療を目的として、検査・手術・延命処置などを受けたいとしている人は全体の 35.0%で、年齢が上がるにつれて減少傾向にあり、64 歳以下で 36.3%、65 歳以上で 30.4%であった。一方で、家族に痛みが伴い治る見込みがなく、死期が迫っているケースを想定した

¹¹ 2018 年世論調査（日本医療政策機構 2018 年 6 月実施）、医療・医療保険制度に関する国民意識調査報告書（健康保険組合連合会 2017 年 6 月実施）、第 6 回 日本の医療に関する意識調査の 3 つの調査について分析を行った。

場合、病気の治療を目的として、検査・手術・延命処置などを受けてほしいとしている人は全体の 10.4 %であり、64 歳以下で 10.9%、65 歳以上で 8.7%であり、本人の場合より低くなった。また、家族に終末期医療を受けてほしい場所はホスピスなどの緩和ケア施設が 30.4%と一番多く、自宅 25.0%、わからない 24.7%と続き、病院、介護施設は合わせて 17.8%であった。

回答者の中で自身の終末期医療に対する希望に関する意思確認書などの作成をすでに行っているものは 2 %であるが、作成したいと思っているものは 50.7%いることが分かった。

(3)第 6 回 日本の医療に関する意識調査（日本医師会総合政策研究機構、2017 年 4 月実施、面接員による個別面接聴取法、回収数 1200 人）

人生の最終段階の医療の意思表示・療養の場所について設問を設けている。人生の最終段階における治療に関する意思表示については、62.0%の人が今は考えていないが、必要になったら意思表示をしたいと答えている。すでに、考えて家族等に意向を示した人は、21.3%、意思表示をしておきたいが、どのように行えばいいのかわからないという人が 15.0%であった。治る見込みがない場合の最期までの療養生活の場については、「自宅で療養し、必要になれば医療機関に入院したい」と答えた人が 32.8%と一番多く、次に、「自宅で療養し、必要になれば緩和ケア施設に入院したい」が 24.8%、「最期まで自宅で療養したい」と答えた人は 19.6%であった。

3 つの調査から、終末期に意思表示をしている人は、日本医師会総合研究所（以降、日医総研）の調査では、21.3%、日本医療政策機構（以降 HGPI）の調査では、25.4%といずれも 30%未満であり、今は考えていないが必要になれば意思表示を行いたいと思っている人は、日医総研の調査で 62.0%、これから話したいと考えている人が HGPI の調査では、全世代で 50%を超え、70 代以上では 79.4%となった。このことから多くの国民は、終末期について話し合いをすることや意思表示を行いたいと考えていることが伺え、今後のサポートにおいてこの層にアプローチすることが必要であると考えられる。また、健康保険組合連合会（以降、健保連）の調査においては、回答者自身、痛みが伴い死期が迫っているケースを想定した場合、延命措置を希望するものは 35%、日医総研の調査によると同じような状態で、病院を選択した人は 32.8%であり、残りの人は、ホスピスなど緩和ケアを望む人や自宅で最期を迎えることを望む人またはわからない人であった。健保連では、家族に終末期医療を受けてほしい場所についても聞いているが、こちらについては病院や介護施設は全体の 17.8%と本人の場合を下回る結果となり、いずれにせよ最期を病院で迎えることに対しての肯定的意見は半数に満たないことが分かった。HGPI の調査では、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を知っていたものは 10.8%であり、このガイドラインに関しての理解を高める努力をすることで、ACP の概念の普及につながり、病院以外で最期を迎えることを望む人に対して、適切なサポートができ、本人の希望に沿ったケアを実施することができることが示唆された。現状、厚生労働省による ACP の認知度調査（図 3-1）では、良く知っているのは一般国民 3.3%であり、医師 22.4%、看護師 19.7%、介護職員 7.6%と医療・介護専門職においても高いとは言えない。2018 年 3 月 4 日に実施された Web 調査「医療者が考える ACP について」（m3.com）においても、ACP を知っていて説明もできる者は開業医 14.0%、勤務医 17.2%であった。

調査の結果、超高齢社会の対策として、健康寿命の延伸を検討している自治体は多いが、終末期の意思決定にかかる市民教育を行っている地域は少なかった。近年、ACPをはじめとして終末期について議論されるケースも近年見られるようになったが、多くはない。国際医療福祉大学大学院東京赤坂キャンパス公開講座（筆者は2018年後期受講）では、「2025年の老い方、死に方を考える」という講座が設置されている。この講座は「団塊世代らしい老い方」、「これから適切な新しい死の在り方」等についての講義があり、筆者自身も参加したが、終末期における医療・介護の知識が深まった。しかし、義務教育のカリキュラムに死に関する話題はほとんど触れられていない。今回インタビューを行った病院の中には、健康寿命の延伸を考えるだけでは、危険を感じ、終末期に向けての取り組みを始めている団体もあった。現状は、組織の自助努力であり、ボランティアに近い形で行っているところもあった。

一方で、ACPをはじめとする終末期に関する国のガイドラインを知る国民は極めて少ないが、意識している人は多いことが3団体による世論調査から分かった。現状は、死に近づく高齢になるほどその割合は増え、「終末期」を考える環境が十分でないことが伺えた。つまり、終末期に関する教育を早い時期から十分に行えば、終末期に関する本人の望む意思決定ができるのではないかということが示唆された。この教育は経済状況を全面に出すようなものであってはならないと、今回、インタビューを行った明医会の中根氏は著書に書いている。このように今回の調査を行った病院や診療所では、患者の意思を尊重しており、教育の機会を持つことの重要性を理解し実践していた。さらに、終末期の治療の選択肢を与えるのは医師であるべきだとする団体もあった。これは、家族が勝手に助からないと判断し、治療を打ち切ることがないようにすべきであるとのことで、このことから、かかりつけ医をもつ重要性も示唆された。

また、遠くの親戚が患者の終末期医療において、本人が望まないであろう選択をする問題を指摘する声もあった。一時的心停止状態の高齢者を誰かが発見して救急車を呼べば、たとえ本人が望まなくても運ばれた病院で治療が継続されるからである。終末期における突然の状態の変化にあたって取るべき手段は2つ想定される。1つは救急車の手配、2つ目は自宅で最期を迎える準備に入るためかかりつけ医に連絡をすることである。現状、インタビューの結果から、現実には、救急車を手配する可能性が高いことが分かった。一般人には状態の判断は難しいと考えられるため、高齢者の突然の状態の変化にあたっては、本人が自宅で最期を迎えたいと考えている場合その準備についての知識も必要であることが分かった。自然に心臓が止まる死を迎える（老衰）場合は、その数カ月前からかかりつけ医と相談して最後の在り方を考える必要がある。医師に提示された「治療のオプション」から自らの治療を選択するためには、各治療方法についての知識が必要である。この知識を医師以外のものが持つためには、国民全員が医学教育を受ける必要があるが、その可能性は教育を行える機関数からみても不可能に等しい。そこで、予め、本人が家族等とともに人生の終末期においての方針を検討しておくとともに標準的なオプションの在り方を理解しておけば、選択の難易度も下がる。一例をあげると、徹底的に高度先端医療を利用して、苦痛を伴っても、完治あるいは寛解をめざすのか、病気の進行に合わせて、緩和ケアに切り替えるのかを本人または本人に意識がない場合、本人が指名する者の意思で判断できるような教育を病気になる前に実施することである。また、先進医療は全て社会保険でカバーされるわけではないため、本人が高度先進医療を望むのであれば、民間の保険に入ることを検討すべきであろう。このため、終末期において利用可能な医療制度についても理解しておくことも重要だと考える。

8-4 人生の最終段階における教育について

厚生労働省の平成 29 年度厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」において、神戸大学が「これからの治療・ケアに関する話し合い-アドバンス・ケア・プランニング-」と題した小冊子を作成している。

ACP は本冊子においては、「万が一の時に備えて、自身望む医療とケアが受けられるように自身が信頼する人達と話会うこと」と定義しており、さらに、このような話し合いは前もって必要がないかもしれないと記載している。では、なぜ事前に話し合うのか重要であるかということについては、話し合いをしておけば、万が一、自身が気持ちを話せなくなった時に、心の声を伝えることができるようになり、家族や友人の個々の負担を軽減するものとしており、ノートの作成を強制する者ではないが、このエビデンスとして、2014 年に厚生労働省が行った人生の最終段階における医療に関する意識調査を上げており、以下の文章を記載している。

- (1)3%の人が人生の最終段階の治療やケアについて家族と詳しく話し合ったことがある
- (2)70%の人があらかじめ自分の治療やケアについての希望を書面に記載しておくことについて賛成
- (3)3%の人が実際に自分の治療やケアについての希望を書面に記載していた

また、終末期の意思表示を考えるステップとして 5 段階設定している。

- ステップ 1、自分で考える
- ステップ 2、信頼できる人がだれかを考える
- ステップ 3、主治医に質問する
- ステップ 4、話し合う
- ステップ 5、自らの意思を伝える。

個人の冊子の記入にあたっては、個人がイメージしやすいように具体的に最後のイメージをテレビや映画の場面を通じて感じたことを記入する項目もある。全体的に説明は少なく、自分の意思で考え、また、考えられなくなった時には誰に相談したいか、誰に決めてもらいたいかを考え、各ページに記入していく。今までの筆者の調査研究を通して、日本では、人生の最後や終末期の意思決定について考える以前に医療について考える機会が少ない。神戸大学が作成した冊子は全 16 ページ構成であり、半分は渡された個人が記入していく。おそらく、一人では記入できない項目もあり、例えば信頼できる人を書いてみましょうという項目がステップ 2 にあるが、名前だけでなく「何故お願いしたいのか」という質問もあり、自分の命をゆだねる相手は誰になるのかは、頭の中で想像はできても、記述するとなると慎重になることが考えられ、書く前に、信頼できると個人が思う人と話してみたいと思わせる作りになっている。

人生の終末期の話し合いをする場を 2018 年 1 月に厚生労働省は「人生会議」と名称を定めその普及活動を行っているが、2019 年 11 月に厚生労働省が作成した「人生会議」ポスターは多くの批判が寄せられ（朝日新聞 digital, 2019）、2019 年 11 月 26 日に予定していた自治体への発送を見合わせ、同省のホームページ掲載も動画と合わせて見合わせた。このポスターの中で、苦しそうな病床に横たわる患者役の男性が「命の危機が迫った時、想（おも）いは正しく伝わらない。」と人生会議の重要性

を訴えているが、ポスターが公表された 25 日から SNS など「ふさわしくない」「不安をあおる」などの投稿が相次いでいた。がん患者支援団体である NPO 法人希望の会の理事である轟浩美氏はツイッターで「これは A C P への誤解、そして遺族を傷つける可能性もある。家族に対し失礼でもある」と発信し、厚生労働省にポスターの見直しを要請する意見書を送っている（朝日新聞 digital, 2019）。

本件から、人生会議の普及にあたっては、命がかかわることであり、全国的な PR の展開よりも、神戸大学が作成した冊子のように、説明が半分を占めるものであっても、その冊子を読めば「人生会議」が理解でき、人生会議の開催を促すような仕掛けが重要であると考えられる。

第9章 超高齢社会における住まいのあり方 ホームシェアリングの可能性

最期に、地域包括ケアシステムの基盤となる住まいについて、超高齢社会の日本における住まいの状況を調査した。地域包括ケアシステムのフィロソフィーである「住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」という視点に立ち、その基盤となる「住まいのあり方」について、考察を行った。近年、東京都でも空き家対策を中心としてその課題に取り組んでおり、2019年3月には「東京都空き家ガイドブック」を作成している。人口の高齢化、核家族化に伴い、今後ますます、住まいの問題は深刻な課題になる事が想定されている。その課題解決の調査を行っている過程で、アメリカのニューヨーク州において州政府が高齢者住宅のホームシェアリングを推進していることが分かった。アメリカにおけるホームシェアは近年始まったものではなく歴史もある中で、高齢社会での課題解決の手段として高齢者と若者とのマッチングを行い始め、うまく運用している様子が伺えた。世代間交流の一例として、日本でのホームシェアリングの可能性を探るため、その事例として、アメリカのニューヨーク州政府が運営するホームシェアリングシステムに焦点をあて、文献調査から考察を行った。

9-1 地域包括ケアシステムにおける住まいの位置づけ

世界保健機構（WHO）の定義では、65歳以上の人口の割合が全人口に対して21%を超える社会を超高齢社会とするが、日本は、2007年に超高齢社会となった。平成30年版高齢社会白書によると2017年10月1日現在で、総人口1億2,671万人、65歳以上人口は3,515万人、高齢化率は27.7%と発表されている。将来推計人口によると2029年に人口1億2,000万人を下回り、その後も減少を続け2053年には1億人を割り9,924万人になり、さらには2065年に8,808万人になり、総人口に占める75歳以上の人口の割合は25.5%となり、3.9人に1人が75歳以上の人になると推計されている。また、同年には生産労働年齢人口1.3人で1人の65歳以上の高齢者を支えるという社会が来ると推計している。厚生労働省はこのような超高齢社会における課題解決のための計画として地域包括ケアシステムの構築を推進している。計画の中心は、各自治体であり、2012年4月に施行された介護保険法第5条第3項の中で、「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」と書かれており、2013年に策定された第5期介護保険事業計画からは、計画策定に当たり、各市町村が「日常生活圏域ニーズ調査」を実施し、地域の課題・ニーズを把握することと記載している。地域包括ケアシステムでは、「すまいとすまい方」は「本人・家族の選択と心構え」の次に来る生活の基盤として定義し、地域包括ケアシステムの前提としている。必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されており、かつ高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要と2013年に首相官邸ホームページの地域包括ケアシステムの中で定義されている。

9-2 日本における住まいの現状とその施策

日本における住居についての施策として、国土交通省が2006年6月8日に住生活基本法を公布・施行し、安心・安全な住宅の供給と流通、および取引の適正化を行っている。加えて住宅困窮者に対する住宅セーフティネットの構築について公布・施行している。その後、国土交通省は2009年1月に「高齢者が安心して暮らし続けるこ

とができる住宅政策のあり方について」に関する答申についての報告を公表している。この中で住生活基本法は、住宅の「量」を確保することから「質」の向上へと住宅政策を転換するとしており、「福祉、まちづくり等関連する施策分野との連携」、

「地域の実情を踏まえたきめ細かな対応」の視点のもと、高齢者等の住宅の確保に特に配慮を必要とする者の居住の安定が確保されるよう、公的賃貸住宅のみならず民間賃貸住宅も含めた「住宅セーフティネット」の機能向上を目指すことと国土交通省が2009年に行った「平成21年1月社会資本整備審議会」の報告書に記載されている。社会資本整備審議会の答申の中で、単身高齢者は2005年の387万人から2030年には717万人に増加すると推定している。2005年では、高齢者2,576万人であり、施設等（特別養護老人ホーム、介護サービス提供施設）に入居しているものは91万人と報告されている。高齢者の入所介護施設の整備率は地域による差がみられた。このような環境の中、福祉施設との連携施策としてシルバーハウジング・プロジェクトを実施しているが、本プロジェクトで設けられた公営住宅の共同施設である高齢者生活相談所の利用率は50%と高くなく、普及しているとはいえない状況であり、今後、さらに連携強化の必要性があるとしている。この中で単身高齢者の事故や孤独死などの問題も増加の傾向がみられるため、「高度のバリアフリー化」や、セーフティネットの構築などにも力をいれて取り組んでいる。住宅施策と福祉施策は一体的かつ計画的に推進されており、地域包括ケアシステムの中での住宅問題の取り組みも報告されている。

このように日本では、高齢者の増加に伴い、高齢者の施設を改良し、サービスやケアと連携させている方針にはあるが、単身高齢者の増加とその死去に伴い、空き家の問題も深刻になってきている。

9-2-1 空家等対策の推進に関する特別措置法

住居に関しては、人口の高齢化及び核家族化に伴う空き家の問題も深刻である。国土交通省では、2014年11月に「空家等対策の推進に関する特別措置法」を交付している。これは、高齢者が施設に入居または死去した後の住居が空き家となり、空き家が地域に及ぼす影響を鑑みて対策を講じたものである。空き家の定義は次の通りである。

(空き家の定義)¹²

建築物又はこれに附属する工作物であって居住その他の使用がなされていないことが常態であるもの及びその敷地（立木その他の土地に定着する物を含む。）をいう。ただし、国又は地方公共団体が所有し、又は管理するものを除く。空き家は全国で820万戸(2013年)あり、401の自治体が空き家条例を制定している。この施策は、市町村長に空き家の調査をし所有者を把握することを定め、市町村は、空き家に関するデータベースの整備の努力義務が課せられた。また、これに要する費用は地方交付税制度や補助を行うこととした。これにより各自治体は、空き家の適切な管理をすることが求められるようになった。

9-2-2 先駆的空き家対策モデル事業(国土交通省, 2018)

¹² 『平成二十六年法律第二百二十七号 空家等対策の推進に関する特別措置法』(国土交通省, 2014)を要約

空き家に関する施策として、国土交通省は、「先駆的空き家対策モデル事業」を2016年より実施している。本事業の目的は、空き家対策に関する市区町村の取組を促進するとともに、全国の空き家対策を促進するためであり、空き家対策として官民が協力して取組む事業等について、先駆的に実施される取組を支援しその成果の全国への展開を図るものとしている。平成29年度の事業成果は次の4項目に分類される。(1)空き家の発生防止(7件採択)、(2)空き家に関する相談事例の収集、対策の構築(3件採択)、(3)空き家の利活用・流通促進(16件採択)(4)空き家に関する情報共有(1件採択)。本事業は、継続的かつ効率的な空き家の実態を把握するためであり、空き家予防策検討のための持ち家居住者意識の把握も行い、地域の活性化に寄与する空き家対策の検討をするためのモデルを収集するために実施している。採択された案件では、空き家発生予防のためのリーフレットを作成、人生の終末期にかかる活動に関する講演会や個別相談会、住宅確保支援のための自治体のホームページの改良等が行われている。

この中で地域包括ケアシステムの視点から、NPO コレクティブハウジング社の事業に注目した。同社は、地域でセーフティネット形成を図る多様な住まいの事例紹介を行っており、都市部における空き家活用として、居住の社会的課題に対応した「新たな社会的住宅」を提案している。先駆的空き家対策モデル事業の(3)空き家の利活用・流通促進に該当する。課題と目的として、単なる空き家の利活用では暮らしのセーフティネット形成にはつながらないと考え、空き家をセーフティネット形成の資源として活用するために本事業を提案している。シェアハウスの新しい形として北欧発祥のコレクティブハウスとしてホームシェア・シモキタザワを運営している。シェアハウスとの違いはコレクティブハウジング社によると「コレクティブハウス(CH)は個々の住戸にトイレ、浴室、キッチンが完備されており、住まいの延長としての共有スペースをもっていますので、シェアードハウスより個々の住宅の独立度が高いのが特徴です。」と説明している。コレクティブハウスについては、多世代型の交流が図られ、公的な空き家の活用も可能であると評価されている。一方で、CHをハブとしたコミュニティを醸成するためには、コーディネーターを育成することが重要な課題として取り上げており、育成のための経費の確保と事業としてみた場合、ハードを整備するとともにコーディネーターの賃金などが懸念されている。また、運営に当たっては、福祉ケアサービス部門、NPOなど社会活動をするセクターとの連携に加え、地域住民との関わりをどう作るかも課題として挙げられており、その実現には労力を要することが伺えた。一方で、ホームシェアの事例として東京都「NPO法人ハートウォーミング・ハウス(HWH)」が運営にかかわるホームシェア・シモキタザワ(東京都世田谷区)を挙げており、昔ながらの下宿ではあり、運用にあたっての投資は150万円以内で収めており、入居にはNPO法人がかかわっているが、運用は高齢者のオーナー夫妻だけで行っている。ホームシェア・シモキタザワは1970年頃に二世帯住宅として建てられたものを女性専用シェアハウスとして運用しているもので、NPO法人ハートウォーミング・ハウスが運営する共同住宅である。キッチン、バスルーム、洗濯機、トイレは共用、インターネット使用料は無料となっている。入居の条件は女性であることのみであり、国籍は問わない。取材当時は、日本人の20代女性4人で満室の状態であったが、過去には外国人女性も住んでいた。世代交流のみならず、異文化交流の機会ともなり、オーナー夫婦は、帰国したシェアメイトを訪ねて台湾に旅行に行ったこともあると語っていた(NPO法人ハートウォーミングハウス, 2018)。仲介に入っているHWHは2011年に国土交通省の助成事業としてホームシェアハウスの運営にかかわっている。シェアメイトの選考に当たっては、共同生活ができるか、支払い能力はあるのか、シェアハウスに住む目的などをオーナーとの面会前に面談を行

い、フィルタリングを行っている。また、入居後も、定期的に連絡を取り、オーナーに代わって指導を行うこともある。本活動は、オーナーとシェアメイトとの契約書に記載されている。HWH の物件は、オーナー側が問題を感じた場合は、半年前に通知して、1 年限りで契約を解消することもできる。ホームシェア・シモキタザワでは、オーナーである夫妻も若い人とかかわりを持つことにより生きがいを感じているようで、シェアメイトも家賃負担を少なくすることができる。地域包括ケアシステムにおける共助の理想的な形であるといえる。

9-3 ニューヨークの事例

9-3-1 ニューヨークの住まいの環境 東京と比較して

次にアメリカのニューヨーク州でのホームシェアについて考察を行う。ニューヨークの住居に関しては、ドイツ銀行の 2017 年の調査によると世界第 3 位と家賃が高いこともあり、シェアハウスが古くから存在する。2008 年の賃貸住宅生活実態調査によると住居ストック数は日本全体で 5,759 万件、東京は 678 万件(空室率 11.1%)に対し、ニューヨーク州は 333 万件(空室率 6.8%)となっている。東京の約半数ではあるが空室率は東京より少ない。持ち家率を比較してみると東京は 46.4%であるのに対し、ニューヨークは 34.0%となっており、東京の方が持ち家率は高い。借家についてみると 1 か月の家賃は東京 8.8 万円に対し、ニューヨークは 14 万円、平均面積は東京 42.3 m²、ニューヨーク 75.1 m²である。本報告書によると近年は賃貸住宅における「シェア居住」という住まい方が注目されており、その代表例はシェアハウスになる。日本では、企業社宅や古い一戸建てをリノベーションし、各入居者は居室を持ち、他の入居者と台所、ふろ場、リビングなどを共有する住まい方であり、前章で述べた下北沢の物件がこれに該当する。ルームシェアの経験は、2008 年の賃貸住宅生活実態調査によると東京は現在ルームシェアをして暮らしているものは 1.3%、過去にルームシェアしたことがあるものは 9.3%であり合計、10.6%であるが、ニューヨークは現在ルームシェアをして暮らしているものは 11.5%、過去にルームシェアしていたことがあるものは 38.3%となっており、傾向として年齢としては 35 歳くらいまでが主流であり、20 第前半でルームシェアでの暮らしをしている者が 22%であるのに対し、35 歳以上は 6.9%と減少する。東京では、ルームシェアの経験のない 35 歳以上のものは 90.2%であるが、ニューヨークでは 53.4%とその半数がシェアハウスでの暮らしを経験している。

9-3-2 New York Foundation for Senior Citizens (NYFSC) の試み

ニューヨークにおけるシェアハウスを斡旋する業者の中で、New York Foundation for Senior Citizens (NYFSC) は、1968 年に設立されたニューヨーク州で高齢者にシェアハウス入居におけるマッチングサービスを提供している唯一の非営利法人である。目的は、代表のリンダ・R・ホフマン氏によると「ニューヨークの高齢者が自宅やコミュニティでより健康で、安全で、活動的に生活が過ごせるように支援し、施設に入居の必要はないが、社会的に面倒を見る人がいないために入居することを避けるために活動している。」とホームページにおいて述べられている。現在は、1,500 人以上の従業員により、900 戸以上の住宅、35 の社会福祉プログラムを管理している。また、NYFSC のプログラムは、連邦政府、州政府、市政府、および民間からの資金提供を受けている。資金は、ニューヨーク州高齢化対策局、ニューヨーク州発達障害者事務所、ニューヨーク市議会議員および自治区の裁量基金を通じて受領されている。これに加え、個人からの寄付もある。ホームシェアリングプログラムは、NYFSC が運営する無料のサービスであり、高齢、長寿化の進展が背景となっており、このような

社会的課題の解決の一助として生まれたサービスである。利用にあたっては、「ホスト」と「ゲスト」は18歳以上であり、どちらかが、60歳以上または障害を持ちながら生活している55歳以上であることが条件となっている。NYFSCは「ホスト」をもっとも適切な「ゲスト」とマッチングさせ、「ホスト」の自宅やアパートの空室を共有する仕組みになっている。マッチングに当たっては、独自のデータベース「QUICK-MATCH」を使用している。「ゲスト」と「ホスト」の希望者はそれぞれ、QUICK-MATCHの31のライフスタイルなどを含んだ質問事項や目標を入力し、NYFSCのスタッフがこのシステムを利用して、包括的に選考を行う。また、希望者のお互いのペアリングが確かなものであるかを判断するために、スタッフは「マッチミーティング」を開催して、3者で話し合いを行っている。この面談を経て、書面での契約を交わして、マッチングが成立する。30年以上にわたってNYFSCのホームシェアリングプログラムを活動しているが、参加者の意識は高く、マッチングも成功しているのではないかとNYFSCでは感じており、ホームページにも記載されている。近年は、高齢化の問題とともに、ホームシェアリングは、有効なアプローチとしてメディアでも注目を集めており、また、高齢者の経済的な救済を提供できる手頃な価格の住宅として全国的でも認知されはじめているという。本システムは、ホストとゲストの両方が、住宅費の削減と、一人暮らしの高齢者が経験する孤独を回避できる手段といえる。一例としてNYFSCのサイトで入居者の声を取り上げている。マンハッタンでホームシェアリングの「ゲスト」であるエイミー・ロネク（32歳）によると、「アイオワからニューヨークに移った後、マンハッタンで快適で手頃な価格の家を見つけるよりも仕事を見つけるのがはるかに難しいことがわかりました。財団のホームシェアリングプログラムの専門スタッフは、私にとって最適な家をすぐに見つけてくれ、素晴らしい「ホスト」であるマキシと私をマッチングさせてくれました。ホームシェアリングは、私たち若者にとっても高齢者にとっても双方にメリットのある非常に優れた解決策であることがわかりました。」と述べている。パンフレットにはホームシェアリングプログラムの利点として、下記の7点を挙げている。

- 1) 手頃な価格の住宅を提供
- 2) 福祉サービスを向上
- 3) 世代を超えたコミュニケーションの促進
- 4) 孤独感を和らげる
- 5) 高齢者の独立性を維持する
- 6) 新しいコミュニティの創設
- 7) セキュリティ面での生活の質の向上

NYFSCは、ホームシェアのマッチングサービスのほかに、高齢者家族向けのレスパイト・ケア、ホームケア、ホームレスへの住宅の提供、家の修理、家のセキュリティ対策、高齢者センター、地域の管理なども行っている。これらのサービスは、60歳以上の人口の急速な拡大に伴い、課題解決の一助として実施されている。マッチングの際の登録に必要な書類等は下記の通りである。

- (1) ホスト候補者
 - ・3人のリファレンスレター（友人や家族以外）
 - ・住宅の権利書のコピー等
 - ・写真付き身分証明書

- ・ゲストを迎えたいスペースの説明

(2) ゲスト登録者

- ・3人のリファレンスレター（友人や家族以外）
- ・所得証明書
- ・写真付き身分証明書

(3) ゲスト登録者で障害のある場合（メディケイドサービスコーディネーターより）

- ・過去1年以内の医師による所見
- ・過去3年以内の社会的評価
- ・TAB ナンバー
- ・所得証明書

ニューヨーク州政府ウェブサイトの Livable New York の Resource Manual には、マッチングサービスを行っている組織は NYFSC を含み8つに掲載されており、NYFSC のように無料のところもあれば有料で行っているところもある。共通の仕組みとしては下記の通りである。

- (1) 自宅訪問：スタッフは、ホームシェアに適した住環境であることを確認するために、ホストの自宅を訪問。
- (2) インタビュー：スタッフは、ホストとゲストの両方に面接を行う。インタビューは、スタッフが個人をよりよく理解し、追加の情報を双方に提供するのに役立ち、スタッフがより良いマッチングを成功するためのものである。
- (3) マッチングの提案：収集されたすべての情報を使用して、スタッフがマッチングを提案する。この提案に関しては支援プログラムを使用して行う。たとえば、最初にシステムを利用して、31のライフスタイルを含んだ項目と目標を入力し、スクリーニングを行い、マッチングの決定を支援する。
- (4) リファレンス：ホスト、ゲストの双方のリファレンスにのスタッフが情報の確認を行う。性格や、過去の行動、財務状況などの項目も確認する。一部は、犯罪歴の確認を行うため、指紋が必要となるものもある。
- (5) ミーティング/ホスト宅訪問：ホスト宅の訪問は、実際のマッチングが正式に合意する前に、両方の当事者がお互いに会って話し合う機会を提供する。
- (6) ホームシェアリング契約：ホストとゲストの意思を確認した上で、契約を行う。契約書は、シェアの形や双方の要望によりカスタマイズを行う。また、スタッフはこの契約の交渉も行う。

契約に関しては、共同生活を行う上でのルール、例えば、喫煙ポリシー、深夜の音楽、ゲストが他の訪問者の宿泊を許されるかどうか、家を清潔に保つことができるか、ゲストが家事の手伝いを行えるかどうか、知人や他の訪問者を泊めることができるかどうか、家をきれいに保つことができるかどうか、ゲストが家事の手伝いをするかなどかなり細かく取り決めがなされる。また、家のメンテナンス、ペットに関するポリシー、車の使用なども含まれる。支払いの取り決めについても柔軟に対応し、値引き交渉の際、対価となるホストの支援を行うなども加味される。さらに、契約には、退去の通知期間に関する取り決めもなされる。これらの条項が入った契約書は参加者自身が作成することもできるし、ニューヨーク州政府が運営する Livable New のスポンサープログラムによって設計された契約テンプレートを使用して、スタッフと一緒に作ることもできる。また、契約の前後や入居後に問題が生じた場合は、サービスを引き続き利用できる。また、どちらかのニーズを満たさなくなった場合

の解約に当たってもスタッフは、仲介に入る。しかし、現状、入居前にかなり細かいところまで気を配ったマッチングを行っているため、スタッフが調停に必要なことはほとんどないと報告されている。また、その利点を次の4項目に分けてニューヨーク州政府は解説している。

(1) 高齢者

- ・住み慣れた場所で快適に暮らすことができ、望まない転居や施設への入居を防ぐことができる。
- ・価格：ゲストとなる高齢者にとっては、ホームシェアリングは、追加の月収源となる。
- ・同居：一人暮らしの高齢者は、社会的に孤立しがちであり、精神に障害をきたすこともある。ホームシェアリングを行うことにより同居人を通じて社会との関係を維持し、身体的および精神的健康にプラスの影響を与える。
- ・セキュリティ面：同居人がいることにより、セキュリティの面でも安心できる。高齢者は犯罪の影響を受けにくくなり、健康やその他の緊急事態が発生したときに同居人がいればその手助けとなり、精神的にも安定して暮らせる。
- ・独立性の継続：共有の取り決めには通常、家事の共有が含まれ、ホスト、ゲストともに、運転、掃除、買い物、料理、洗濯など、一方ができないことは補うことを契約に入れることもできる。これは日常生活の支援のみならず、医療機関への同伴なども含まれ、パーソナルケアを提供するという合意も含まれる。

(2) 介護支援者

- ・高齢者の意思を尊重し、住み慣れた住居に住み続けることができ、ゲストが介護の手助けとなる契約もできるため、介護支援者の高齢者に対する活動がより容易になる。
- ・高齢者と一緒に住んでいるゲストがいることにより、介護の時間数を減少することができる。
- ・高齢者の家の管理をゲストに任せることによりより容易になる。
- ・介護者支援者は、高齢者の家族であることも多く、高齢者の経済的負担をしていることもあるが、高齢者がホームシェアリングのゲストに部屋を貸すことにより、家賃収入ができるため、その負担を軽減できる。

(3) 若者

- ・価格：低所得のゲストには魅力的である。
- ・価格の取り決め：ゲストが安全面でのサポート、家事共有の取り決めに従事する頻度により、価格がさらに安価にすることもできる。また、さまざまな種類の支援（運転、社交、家の維持、パーソナルケアなど）との対価として、家賃が無料になることもある。
- ・若年のホストは、住宅所有費用を軽減できる。
- ・柔軟性：ホームシェアリングのゲストで、学生、臨時労働者など、2つの異なる場所での職を持つ個人にとって、アパートメントより実用的で安価な条件で借りることができる。

(4) 地域

空き家の軽減が期待される。高齢者は住宅所有者であることが多く、ホームシェアリングを利用すれば、ほとんどの人が後期高齢者をすぎても、死亡するまで自宅で生活を続けることができる。またゲストの協力により、肉体と精神を健康に保つことが可能になり、家の維持が適切に行えることが期待される。

価格：ホームシェアリングは、通常と比べて双方が、安価に住めるため、多くのコミュニティで住宅の需要と供給を満たすことができる優れた住宅の選択肢の一つである。

人口：若者ゲストへ安価な家賃で高齢者がホストの部屋を提供することができれば、それぞれの年代で、人口の流出を抑えることができる。また、地域の労働力も確保され、医療費の節減にもつながり、コミュニティ機能の強化を測ることができます。

プログラムの運用：ホームシェアリングのマッチングプログラムを徹底して運用することにより、ホストとゲスト間での被害の機会を大幅に減少し、地域の住民が安心して地域に暮らすことができる。

9-3-3 ニューヨークにおけるホームシェアリングの課題と事例

ホームシェアリングは、メリットが多くみられる中で、ニューヨーク政府は本プログラムに関する課題もあげている。システムの開発に当たっての障壁として、法的制約を上げている。一部の自治体は、ホームシェアリングの契約を認めておらず、この地域に関しての導入は現時点では不可能である。また、アメリカでは、個の時間を大切にするという慣習があり、ホームシェアをする者に対しての経済的スティグマを持つこともあるという。しかし、高齢者になった場合、ホームシェアリングが有効になる報告もなされており、地域も活性化しているケースもあるため、地域住民にその良さを根付かせるためには教育が必要であると結論づけている。さらには、マッチングを成功させるためには、ホストとゲストともに登録者を増やすことが課題として挙げられている。登録者が少ないためにマッチングに時間がかかっているとの指摘もあり、今後は拡充させる方針である。加えて、都市部はもともとの住宅価格が高く、都市部での利用を進めていきたいと考えている。最後に重要になるのは、スタートした後の安定した長期運営維持のための資金源の獲得が重要になってくる。

このように課題はあるものの、メリットも大きく、ニューヨーク政府としては、推進していく方向にある。NYFSCは地下鉄で広告を出しており、本件の調査のきっかけとなった大学生の興味関心を喚起していた。実際の利用者の声はニューヨークタイムズ (Alicia, 2016) でも取り上げられている。以下ケース1、2及び3はニューヨークタイムズ記事の要約を行った。

(1) ケース1. 財政難 73 歳アメリカ国籍女性 (ホスト) と日本国籍女子学生 (ゲスト) (Alicia, 2016)

ホストである 73 歳女性は、予期せぬ財政難にあった。毎月の収入である社会保障が家賃と生活費を賄えないことに、貯金残高の減少により気が付いた。2011 年に投資詐欺にあい 80,000 ドルを失っており、貯金も長くは続かないことが分かった。妹がフロリダに居住しており、一緒に暮らすため引っ越しを考えたが、妹に負担をかけたくなかったことと、40 年近くニューヨークの同じアパートに住んでいたため、引っ越しを考えたくなかったため、NYFSC のホームシェアリングを利用した。記事によると、高齢者と若者のマッチングは新しい概念ではなく、20 年以上前にフィラデルフィアの家をシェアした長老活動家のマギークーンによって普及したと書かれている。このホストである高齢者がゲストに求めたものは、「あまり家にいない人」であった。この条件で探した結果、1 年前に、当ホストは日本出身の女子大学生をゲストとして迎えた。当ゲストは、朝から深夜まで学校に通っており、当ホストの条件に合うものであった。ホストはゲストに部屋を用意するために、寝室をリビングに移し、リビングのソファを寝場所とした。ホストはキルトが趣味であり、ゲストはデザイ

ンの学校に通っていたため、ゲストはホストが作る作品にアドバイスをしたり、プライベートな時間も充実させることができた。家賃は\$1,145を2人で等分。2人は食事を一緒にとったりすることはないが、趣味のキルトをはじめとして、ゲストは学業でもホストに助けられていると述べている。ホストは学生の学業を手伝うことを楽しんでおり、家事の分担もうまくいっている。このような事情から、2人は世代を超えての交流を楽しんでおり、結果ホームシェアリングのすばらしさを伝道している。

アメリカでは高齢者のホームレスが増えてきていることも問題となっている。統計によれば、2007年には、申告のあった62歳以上のホームレスの人々は、国のホームレス人口の2.9%を占めた。ワシントンD.C.の擁護団体であるNational Alliance to End Homelessnessの推定によると、2016年までに割合は4.7%に上昇している。高齢者問題における深刻な問題の一つである。ホームシェアリングを希望するものは、広告を出すこともできる。登録は無料だが、ゲストを希望する人は、ホストから約30ドルを借りてメッセージングサービスを使用して将来のルームメイトとなる可能性のある人と通信することができるサービスもある。部屋を探している人は同じ金額を支払い、ゲストを希望している人にアクセスする。ある広告に関しては、2015年の創業以来、広告を掲載した人の70%以上が経済的理由に動機付けられていたと述べられている。

(2) ケース 2. 86 歳アメリカ国籍女性(ホスト)と 61 歳男性アメリカ国籍男性(障害あり)(ゲスト) (Alicia, 2016)

86歳のホストは元看護師でありケアの知識を保有している。2013年に配偶者が死去した後、4エーカーに一人で住むという孤独に耐えられず、ホームシェアについて検討し、その後、過去に、数件のホームシェアを経験した。どのケースも看護師としての能力を活かして、障害を持つ人と暮らし、サポートを行った。その中で、彼女の手には負えないケースもあり、ゲストが彼女の所持品を盗んだケースもあった。昨年、HomeSharing Inc. のマッチングサービスを利用して見つけたゲストは61歳の障害を持つ元軍人で、月額\$600の家賃と彼女との暮らしに満足している。彼は、契約において、室内での飲酒と違法薬物は禁止、他人を家に泊めることは許されず、常に清潔にバスルームを使うことが課せられている。このような制約の中暮らすことで、血圧が低くなり、体重を43ポンド減らすことができた。ホームシェアリングは金銭面だけではなくこのような効用を居住者にももたらすことがあると伝えている。また、沢山の部屋を持つ独居の高齢者の場合、ゲストは多くの家事労働と引き換えに家賃の減額や場合によっては、家賃を支払わなくていいケースもあるという。

(3) ケース 3 91 歳アメリカ国籍女性(ホスト)と 23 歳男性アメリカ国籍女性(芸術家)(ゲスト) (Alicia, 2016)

ゲストの女性は、ホストの家の最上階に1か月前から、無料で住んでいる。ホストは、元大学の准教授であり、3人の子供を育てていたが、2008年にすべて引っ越し、配偶者がなくなった後、1人で4階建ての家に住んでいた。彼女は1階をいくつかの彼女の生活補助と引き換えにリーズナブルな価格で部屋の貸し出しの案内について口コミを通じて行っていた。彼女は、休暇に子供の家を訪ねることもあり、その間に彼女の家にすみメンテナンスをしてもらうことの重要性を語った。また、同居人との暮らしを楽しんでいる様子も伺えた。

3人のケースはともに、媒介となる業者または組織を挟んでいる。シェアメイトを適切に選ぶためには、スクリーニングと専門家のアドバイスが必要であり、オーナーに対して、専門家とともにホストは、契約の前にはゲストのバックグラウンドの確認を行うことが重要であることが示唆された。世代を超えた同居が相互に与えるものは、社会的、さらには、精神の安定、孤独の回避が挙げられた。調査前は比較的大きな家に空き部屋を持つ高齢者が、若者に空き部屋を貸すことで世代間交流が図れるミニコミュニティのようなものではないかと想定していたが、今回の事例からケース1で見られた生活に困窮する高齢者、ケース2では、自分の技能を地域に還元する意思を持った高齢者、ケース3では、金銭的には余裕があるが、独居を解消し、孤独の不安を排除するための手段としてホームシェアリングが活用されていた。3ケースではあるが、各事業体におけるホームシェアリングプログラムの重要性とプログラムと利用者（ホスト、ゲスト）をつなぐ知識が豊富な専門家であるコーディネーターが必要であることが分かった。また、3事例で共通してホストが住み慣れた家に暮らし続けたいと意思を持っていることも日本政府が考える地域包括ケアで目指す「住み慣れた住居で暮らし続ける」という目的と一致する。

9-4 日本におけるホームシェアリングの可能性

人口の高齢化、核家族化に伴い、今後ますます、住まいの問題は深刻な課題になる事が想定されている。日本の高齢社会における住まいの対策は、筆者が過去に調査を行った多摩地区でも見られた。東京都多摩地区では、河北医療財団多摩事業部が「あいセーフティネット」を地域に構築し、地域間交流を促進している。財団は、東京都多摩市の天本病院を中心として多摩地区で医療・介護・福祉事業を展開している。多摩事業部では、病院、クリニック、介護老人保健施設、小規模多機能施設、グループホーム、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等を運営し、多摩ニュータウンを中心に医療・介護・福祉の連携体制を構築している。あいセーフティネットは、「ご高齢の方が住み慣れた地域で安心して暮らせることを実現する」ための、医療・介護・福祉の地域ネットワーク体制であり24時間365日絶え間なく地域の方にサービスを提供し続けている。このように高齢になっても、専門職と地域の施設の支えで、なるべく住み慣れた地域で安心・安全に暮らし、最後は病院で看取っている。もちろん、在宅医療も推進されてはいるが、終末期の意思決定においては、延命を望む声が主流であり、完全なる問題の解決にはなっていない。一方で、空き家事業の中では、シェアハウスも見られた。例えばホームシェア・シモキタの場合は、小さな規模の寮のようであり、大家と住居人という関係であり、交流は主に、食事の時間、ならびに特別なイベントが中心となっている。また、開業にあたっては、施設の改築などを必要とし、資金も必要となる。マッチングのシステムに関してもニューヨークの事例ほど細かくはなく、システム化されてはいない。政府の方針は、空き家対策に重点を置いている現状である。今回、ケースとして取り上げたニューヨークのホームシェアリングは、新しい共助の形とも言え、ホストは部屋を提供する立場ではあるけれどもゲストとは対等な立場で接している。日本のシェアシステムのように、大家が住居人に部屋を貸し、その対価に家賃を住居人は大家に支払うものではなく、家賃も等分であり、シェアに関しての生活上のルールも詳細に設定されている。今回の事例では、家族のようにさえ見えた。ニューヨークでは、ホームシェアリングは、最近できたものではないが、州政府が高齢化の対策の一つとして、ホームシェアリングを行う組織を支援し、特に高齢者と若者とのマッチングについてのマニュアルを作っている。州政府の狙い通りに住民のスティグマが払しょくされれば、この動きは、加速するものと予想される。さらに、狙いの中には空き家を減らすことも上げている。ま

た、マッチングを機能させるカギとなるのが利用者数であるため、この動きが進めばプログラムが向上することが考えられる。

東京は、ニューヨークに比べて、敷地は狭いが家賃は低く、持ち家率も高く、シェアハウスの利用率が低く、利用者は35歳以下が主流であり、高齢者になるほどその経験者も少なくなる。このことから、認知度も低い。そのため優れたシステムを完成させたとしても、利用者の促進は、意識的に仕掛けをしていかないと難しいものと思われる。プログラムの運用に当たっては、利用者の人数が一定数に満たないとマッチングが機能しない可能性もあるため、地域包括ケアシステムの一環として、国を挙げたキャンペーンが必要になると想定する。しかし、ニューヨークの課題は人口構成や収入、さらには住まいに関する考え方に差はあるものの、東京にも当てはまり、本研究から、このようなマッチングシステムを東京でも完成することができれば、独居の高齢者が軽度の症状の認知症や疾患を持っていたとしても、同居人の手助けがあれば、住み慣れた家に暮らし続けることができ住まいの問題を軽減する可能性があることが示唆されたが、今回の調査では限界もあり、次のステップとして、本仕組みの日本での導入の検討を前提とした、ニューヨークでの量的調査を視野に入れたい。

第 10 章 日本における個人の意思決定の支援をする専門職について

終末期の患者意思決定支援に係る具体的な施策は ACP の普及活動以外に国家単位で行われているものは特に見られないが、本研究において地域包括ケアシステムに中心となるコーディネーターを配置すればすべての市町村でそれぞれの地域に合わせたシステムが構築できることが示唆された。そこで、患者と医師及び医療職とのコミュニケーションを促進する資格の調査を行った。この調査で、認定遺伝カウンセラー資格制度が参考になると考え調査を行った。認定遺伝カウンセラーは、患者の意思決定に該当する医療情報の提供に加えて、倫理的面でのサポートを行う遺伝カウンセリングを実施している。日本における遺伝子医療において患者との相談業務を担当する認定遺伝カウンセラーは、日本遺伝カウンセリング学会と日本人類遺伝学会が共同認定する資格であり、認定遺伝カウンセラー制度委員会が認定を行っている。まず初めにそれぞれの組織について考察を行った。

10-1 日本遺伝カウンセリング学会（日本遺伝カウンセリング学会ホームページより）

臨床遺伝学の進歩・発展に伴い、人が知りえる遺伝にかかわる情報が増えたこととその理解を深めるために設立された。認定遺伝カウンセラーは学会認定の制度であり、医学的専門としての臨床遺伝学の立場からの性格で適切な情報提供とともに、倫理的問題に踏み込んだカウンセリングを行う。遺伝情報により、発症前診断や出生前診断を技術的に行うことができるが、この問題と倫理的問題は常に表裏一体であり、同時に考えていかなければいけない。この問題を考えるときには、判断基準となる情報が必要になっており、この判断の一助となる情報をサポートするのが認定遺伝カウンセラーの仕事であり、日本遺伝カウンセリング学会は、5つの事業を展開している。一つ目は臨床遺伝及び遺伝カウンセリングに関する研究・調査・教育。二つ目として、遺伝情報学に関する知識の専門職を含んだ国民への普及。さらに学術集会を開催し学会誌を発行している。

10-2 日本人類遺伝学会（日本人類遺伝学会ホームページより）

1956年に創立された学会であり、人類の遺伝学の研究を通して科学の技術に貢献することや医療の現場において遺伝学にかかわる診療を推進している。また、社会での教育や啓発を行い、人類遺伝学の知識の普及を図っている。

10-3 認定遺伝カウンセラー制度委員会（認定遺伝カウンセラー制度委員会ホームページより）

遺伝カウンセリング（遺伝相談）はアメリカの人類遺伝学会が提唱した。日本で普及活動が始まったのは 1970 年代からであり、当初は医師がカウンセリングを行っていた。1980 年代に入り、ゲノム医学の発達とともに遺伝診断が実用化され、遺伝性の先天性疾患のみならず、がんや生活習慣病まで遺伝カウンセリングの対象が広がった。これに伴い、カウンセリングには遺伝医学情報に加え、個々人の心理的な面に対応する必要があり、倫理的な内容が含まれるようになり、医師とは独立した専門職の遺伝カウンセラーが必要になった。

このような背景を受けて、日本の遺伝医療システムの構築をめざした研究班が厚生労働科研で結成され、その研究成果の一つとして、2002 年に臨床遺伝専門医の認定制度を発足させた。遺伝カウンセラーについては、全く新しい専門職であるため、専門職養成カリキュラムから開発し、養成専門課程を 2003 年に信州大学大学院と北里

大学大学院、2004 年にお茶の水女子大学大学院に開設した。2019 年 12 月現在、全国 20 大学院に認定遺伝カウンセラー認定養成課程が開設されている。この課程の修了者であり、認定試験に合格したものが認定遺伝カウンセラーと呼称される。遺伝カウンセリングでは、認定遺伝カウンセラーは、患者および患者家族の遺伝に関わる悩みや不安、疑問に対し、科学的根拠に基づく正確な医学的情報を患者が理解できるように伝え、自らが問題解決できるような支援を行っている。

遺伝カウンセリングに関しては、認定制度を創設し、認定を行う機関を作っており 20 年の歴史の中で、認定遺伝カウンセラー制度委員会の報告によると 2019 年 12 月現在、267 名の認定遺伝カウンセラーが活動をしている。数は少ないが日本医学会では、出生前診断には遺伝カウンセリングが必要とされており、このカウンセリングには、臨床遺伝専門医や認定遺伝カウンセラーが当たることになっている。さらに 2020 年度より、遺伝カウンセラー養成コースのなかった北陸地区の金沢大学が遺伝カウンセラー養成コースを設置した。遺伝子解析技術を応用した先端医療において、遺伝カウンセリングが必要になるケースもあり、今後の広がりが見込まれると記載している（北国新聞 Web, 1 月 7 日（火）1:58 配信）。また、全国的な組織として、全国遺伝子医療部門連絡会議がある。

10-4 全国遺伝子医療部門連絡会議（全国遺伝子医療部門連絡会議ホームページより）

本会議は、2002 年度の厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「遺伝子医療の基盤整備に関する研究」の分担研究として行った「遺伝子医療に関する調査」の結果、既に 36 施設において設置されていた遺伝子医療部門において、組織づくりの問題、担当者の問題、診療費の問題、診療録の問題、倫理的問題などが明らかになったことを受けて、日本における遺伝子医療の向上を目的として、各施設間の情報交換や意見交換を行う場として設置され、第 1 回会議は、2003 年 11 月 29 日東京都日本教育会館にて行われた。参加施設は 50 施設、参加者は 69 名であった。以降 1 年に 1 度のペースで行われており、2018 年 10 月 13 日に第 16 回会議（神奈川県横浜市パシフィコ横浜）が実施され、63 施設 214 名が参加した。施設数は 2003 年の 50 施設から 2018 年には 63 施設になっており、参加者も 2003 年には 69 名が 2018 年には 214 名と増えており、関心の広がりは伺える。本会議は、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会、日本遺伝子診療学会の 3 学会が後援している。遺伝子医療の部門を持つ高度医療機関の代表によって構成されており、遺伝カウンセリングを含む遺伝子医療の充実をはかるための機関である。本会議での発表や討議の内容は報告書にまとめられ、全国の高度医療専門機関に配布されるとともに本会議のホームページにも掲載されている。活動の中で特筆されることは、2007 年 9 月に厚生労働省に遺伝カウンセリング科創設の要望書を出しており、この結果、平成 20 年度診療報酬改定において、13 疾患の遺伝病的検査を行った後の遺伝カウンセリングについて保険診療として認められた。これにより、遺伝カウンセリングを受ける患者の費用負担は下がった。さらに本会議の運営組織は、後援 3 学会の会員に対して、全 19 講義で構成される『新 遺伝医学やさしい系統講義 19 講』DVD（非売品）を借りることができる。本 DVD は、遺伝医学の入門書として高く評価されており、「リスク評価と遺伝カウンセリング」、「遺伝医学とゲノム医学における倫理的社会的課題」といった医学以外の内容も含まれる。

このように認定遺伝カウンセラーは養成する機関とそれをバックアップする学会、また今後の施策について発表と討論の場を設けており、認定遺伝カウンセラー数においても伸びている。しかし、他の資格（※2018 年 12 月 31 日現在届け出人数「医師」327,210 人、「歯科医師」104,908 人、「薬剤師」311,289 人（厚生労働省、2018b））と

比較すると認定遺伝カウンセラーは数の上では少ないが、全国遺伝子医療部門連絡協議の会員機関は全国で 127 機関であることから認定者数 267 名を考えるとほぼ全国の遺伝子カウンセリング部門を設置している機関においては認定遺伝カウンセラーが配置されているのではないかと推測される。

10-5 認定遺伝カウンセラーの役割

患者側の専門家を置くことによるメリットとしては、患者は、認定遺伝カウンセラーから患者個人の現在の状況に合わせた遺伝情報が容易に手に入れることができる。その情報は社会支援体制や家族など患者個人の状況に合わせたものであり、認定遺伝カウンセラーはこのような社会的サポートに加え個人の心理的サポートも行っている。さらに、保健医療の専門職として位置づけられており、患者は提供されたデータと認定遺伝カウンセラーのサポートにより、自律的な意思決定をすることができる。さらに、主治医や他の医療職と協働することを視野に入れた教育を受けている。認定遺伝カウンセラー制度委員会の想定する認定遺伝カウンセラーの背景としては、基盤の職種として、看護師、保健師、助産師、臨床心理士、社会福祉士、薬剤師、栄養士、臨床検査技師などの医療職または、また生物学・生化学などの専門家で、遺伝医学を研究している者や社会福祉分野における専門職を上げており、現存する認定遺伝感セラは他の医療の専門分野を持ち合わせている可能性が高い。

教育における到達目標は 3 段階あり、知識レベル、技術レベルに加え、態度レベルがある。知識レベルにおいては、人類遺伝学と医学の基本知識に加え、予防、医学的管理、社会的資源の活用方法の活用方法を知っていること。さらに日本の医療・福祉システムについての必要な知識を習得していることとなっている。技術レベルでは、カウンセリングの技術、コミュニケーション技術、また遺伝医療や社会制度について地域の医療機関を含めた各種機関と調整を行い、その際提供する情報については、患者自身が活用できる形にすることが到達目標として挙げられている。最後に、態度レベルは、医療スタッフの一員として、ジュネーブ宣言とヘルシンキ宣言の趣旨を遵守したうえで、患者の利益に深い配慮を払いながら活動する態度を身に着けていることが重要視されている。このため、養成カリキュラムの科目は幅広い。卒業した大学等で人間科学科目や自然科学・医療系科目の単位を取得していることが条件になっている。これは、認定遺伝カウンセラーは、認定遺伝カウンセラー制度委員会の想定する医療の専門職を基盤とした背景と合致する。履修科目は大きく 4 つに分けられる。

1. 人類遺伝学・遺伝医学、2. カウンセリング理論と技法、3. 遺伝医療と倫理、4. 遺伝医療と社会であり、これらは、遺伝カウンセラー認定養成課程を設置した大学院を修了することが受験資格になっている。また、大学院では、遺伝カウンセリング実習が必須となっている。各疾患の想定症例数は、周産期領域（出生前診断）150 例、遺伝性腫瘍領域 50 例、小児科領域・保因者診断 20 例、神経筋疾患領域 40 例、その他 40 例となっている。

筆者は、現存する医療職が地域における患者を含む住民のサポートの専門職（コーディネーター）になりえるのではないかとこの研究を始め、看護師、保健師、薬剤師と研究を進めてきたが、地域の活動の中で高齢者医療にかかわる領域は、それぞれの専門領域と比較して幅広い疾患を取り扱うこと、さらに遺伝カウンセリング同様に精度の理解を含めた社会的サポート、個人や家族の心理的サポートが必要になる。特に終末期のサポートについては重要である。コーディネーターの候補としては、医療の知識を持っている専門職として医師、看護職（看護師、保健師）が候補に挙がる。この 2 つの職種において看護職、特に保健師は、社会システム、福祉に関する法律なら

びに終末期の対象とされる高齢者の看護を養成課程において学ぶ。日本における保健師は大学での養成が中心になっているが、大学によっては、地域包括ケアシステムにおける看護職の立ち位置を考えたカリキュラムを取り入れていることも分かった。しかし、保健師カリキュラムにおいての養成大学間の格差があり、全保健師資格所有者が同等の教育をうけているとは言えない。従って、認定遺伝カウンセラーのように医療職を基盤とした新たな大学院（修士課程）教育において、医療の基礎知識を除く、コミュニケーション能力や、医療や福祉の社会制度や医療政策を学ぶコースにおいて教育することにより保健師教育の大学間格差が埋められるものと想定される。また、教育機関と連動して、資格認定機関も必要となる。この点においては、医療・看護の行動化に向けて創設された特定看護師（日本版ナースプラクティショナー）が参考になると思われる。

10-6 特定看護師（日本版ナースプラクティショナー）

ナースプラクティショナーとは看護基礎教育課程や現任の看護教育の過程で不足していた医学の基礎知識と技術に関連した知識等を系統的に学び、実践現場での確な臨床推論、治療的介入ができる看護師である。日本版ナースプラクティショナー制度の構築を目指して、2005年大分県立看護科学大学が大学内にNP（ナースプラクティショナー）プロジェクトを立ち上げた。2008年4月に同大学に定員5名の大学院修士課程NP（ナースプラクティショナー）コースを開設した。1期生4名は、2010年4月より大分県内の3つ病院と老健施設にNP教育を受けた看護師として就業した。そのこの1期の修了性に対しては、2009年4月に国際医療福祉大学、2010年4月に東京医療保健大学、北海道医療大学、2011年4月に東北文化学園大学、2012年4月藤田保健衛生学院大学、2013年4月愛知医科大学に設置された。日本NP連絡会は、2008年10月にそれぞれNPの人材育成・教育に関心を持つ大分県立看護科学大学、国際医療福祉大学、東京医療保健大学がNP養成教育の標準化、法制化を目指し活動を開始した。日本NP連絡会は、2009年10月に日本NP協議会に発展した。この活動の中で、日本版NPをWeb状の公募により「NP（診療看護師）」とし2014年商標登録を行おうとしたが、却下された。2009年「経済改革基本方針2009」の規制・制度改革に関連して、「医師と看護師等との間の役割分担の見直しについて専門家会議で検討し、具体策を平成21年度内にだすこと」が閣議決定され、厚生労働省が2009年8月「チーム医療の推進に関する検討会（チーム医療推進会議）」を設置した。チーム医療推進会議の中では、日本版NPは「特定看護師（仮称）」として検討された。その後、31回のWGの検討、社会保障審議会医療部会の審議において2011年11月「看護師特定能力認証制度」を発足させた。この制度は2013年8月「特定行為に係る看護師の研修制度」になり、2014年6月には「特定行為に係る看護師の研修制度」として設立され、保助看護法に記載された。保助看護法の改正まで日本版NP設立のために2005年に大分県立看護科学大学内に設置されたNPプロジェクトから8年の年月を要している。NPについては社会情勢に合わせての自己研鑽も必要と書かれている（2017、草間）が、終末期の支援についても同様のことが言える。

厚生労働省は2035年に向けた「保険医療2035提言書」、2040年に向けて日本の医療・社会保障制度改革を進めているが、中でも終末期に関する施策は国民の満足度を高めるとともに、持続可能な社会及び住み慣れた土地で最期まで暮らすという目的を持つことが重要であると考え、地域包括ケアシステムの構築を推進している。そのための住民教育をすることも重要であるが、コーディネーターとなる新たな医療職を創

設し、その教育システムを開発し、認定制度を設立し、新たな医療職の質を担保することが、人生の最期における人の満足度を高めるものになりえる可能性もある。

第11章 結語

本研究では、日本における地域包括システムの現状と課題の分析ならびに考察を行った。地域包括ケアシステムは各地域において各地域の課題に合わせた運用を行っており、その内容は多岐にわたるが、公表されている事例は一部の好事例であり、調査は、国や職業団体が示す好事例の分析ならびに2年間に在籍した日本医療政策機構での研究を主としたため限界はある。本研究は、好事例分析を行い、汎用性のあるシステムの構築のための方法を検討しシステム化を目指し、将来的に課題未解決地域への導入を視野に入れた研究を行った。

第1章では、研究の背景と研究の目的ならびに構成について述べた。地域包括ケアシステムの中で、多くの自治体が、「健康寿命の延伸」と「医療費の削減」を課題として取り組んでいた。結果、地域包括ケアシステム推進の中で健康寿命の延伸と医療費削減効果についての相関は早くから取り組んできた新潟県湯沢町のように一部の自治体では効果を感じているが、短期的にみることは難しかった。そこで、「健康寿命延伸の取り組みで医療費が削減できる」構造にないことを考え、地域包括ケアシステム構築の真の目的を探り、目的にそったシステムの構築における汎用性を見出すことを命題とした。

第2章では、日本における地域包括ケアシステムの現状を調査し、その課題を示した。日本における地域包括ケアシステムの運用は、超高齢社会における高齢者を中心に始まったが、健康寿命の延伸施策には限界があり、医療費の先送りにすぎない可能性があることが本研究により示唆された。そのため、地域包括ケアシステムでは、健康寿命延伸施策とともにその延長にある多死社会を見据えた人生の終末期における医療へのアクセスを適性化するシステムづくりが重要であることが示唆された。

第3章では、好事例調査研究の中で保健師中心モデルが機能している地域があり、その汎用性を探るために、都市と地方代表モデルにおける比較分析を行った。調査の結果、地域差は見られず、保健師は地域包括ケアシステムの中で機能しており、安定供給することができれば、日本全国の地域で安定した地域包括ケアシステムが構築でき、永続的に運用できることが示された。

第4章では、3章で課題となった「看護職（保健師）の安定供給は可能であるか」について言及した。看護職養成大学における教育課程の調査の結果、カリキュラムは大学にゆだねられており全国共通ではなく、差が見られた。また、1大学に看護師養成コースを複数設置している大学の調査を行ったが、各コースの教員の領域別の配置状況や、教員の学位の取得状況についても、ばらつきが見られた。

第5章では、看護職以外の可能性を探るため、日本医療政策機構の世論調査で国民からの信頼度が最も高かった薬剤師に関して調査を行った。文献調査と薬局のヘルスプロモーションの調査より、薬局を基盤とした地域包括ケアシステムは汎用性の高さが示され、薬剤師は医師や看護師などほかの医療職と比較して人数も多く、地域包括ケアシステムの中心として機能することが示された。また、汎用性も高い。

第6章では、地域包括ケアシステムを施設が中心となって運用しているケースとして病院の取り組みを調査した。この中で、終末期における意思決定支援を課題としており、課題解決に向けての取り組みを行っている病院があった。いずれも本人の意思決定支援を中心に活動を行っていた。この活動は医療現場の医療提供者がボランティアで行っていたため、医療現場の専門職の疲弊につながり、良い医療技術を患者に提供するという病院の一義に支障をきたすことも懸念された。

第7章では、最初に課題として考えた医療費削減の取り組みについて調査を行った。健康寿命の延伸施策は短期では医療費の削減にはつながっているものは確認され

なかった。しかし、健康寿命の延伸は地域住民の生活の質を上げるという意味においては大きな役割を果たすことが考えられるが、一方で、地域住民の満足度を終末期の医療や介護にむけて維持することは課題として認識されていた。

第8章では、第6章で、現在の医療現場では、終末期は当事者とその家族の意思に基づいており、緊急入院の場合、医療従事者は治療の選択肢を患者家族に示すが、患者はすでに意識がなく、必ずしも患者本人の意思が尊重されているとは思えないと考える病院もあった。特に救急医療の現場では、病院に家族が運ぶ決定を行った時点で、治療が始まり、たとえ本人が在宅での治療を望む場合でも、本人の自宅付近に在宅医療が行える環境にないことも考えられ、在宅治療をすることが難しい場合も想定される。つまり、自宅で最期を迎えたいと本人が願っていても在宅ケアができる施設や医師が本院の自宅の近くになればその選択は不可能である。この状態を避けるためには、意思決定にかかる知識の獲得とともに早くから医療のアクセスを調べ、環境を整えるなど、終末期に入る前に準備が必要である。その準備がなされていないため、多くの場合、患者や患者の意識がない場合においては家族が、病院での治療の継続を望み、医療費も高齢者医療費が適用されるため、経済的負担も少ないため、治療手段もその中で、効果にかかわらず最高のものを選ぶ傾向にあるという声もあった。その選択は、高齢者にとって体の負担や苦痛を伴う治療であることも少なくはないことが示唆された。現実問題として、患者やその家族に急な判断を迫ると、判断ができず、最高の医療を受けさせたいという思いにより、他の選択肢を医療従事者から提供されたとしても不可避の選択であるといえる。この状況は、2019年12月に廃止が決まった厚生労働省が作成していた「人生会議」のポスターについての議論の中でも見られた。日本における終末期の意思決定支援は、厚生労働省を中心に行われているが、認知度は低いことが3つの団体が行う世論調査からも判明した。しかし、国民は、自分の意思で終末期のケアを選択したいという希望があり、幸せな人生の終末期を迎えるための準備が必要だということが示唆された。

第9章では日本の超高齢社会における住まいの状況を調査した。これは、地域における「すまいとすまい方」は、地域包括ケアシステムのフィロソフィーであり、「住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」ことを地域包括ケアシステムの基盤としているため調査を行った。日本では、高齢者の集団ケアを行う施設設置の取り組みは見られたが、「住み慣れた地域で暮らし続ける」という視点においては本人の自宅を想定している。一方で、米国ニューヨーク州の事例である「ホームシェアリングシステム」は住民の互助を中心において開発されており、「住み慣れた地域で最後まで自立した生活を営み、個人の意思に沿った最期を迎える」というシンプルな国民の要求を満たせるものと考えられる。しかし、日本においてはホームシェアリングという意識は単純に住宅費のシェアであり、金銭的負担を分け合うものと解釈されており、互助を中心としたシステムではないため、ニューヨーク州のシステムをそのまま導入することは困難であることが調査より明らかになった。ホームシェアリングの導入を検討する場合は、国民の意識改革が必要であることが示唆された。

第10章では、地域包括ケアシステムの中心として保健師を配置する際に第4章で課題とされた専門職の質の保証をするための施策を考えるため、患者意思決定支援にかかわる医療の専門職である認定遺伝カウンセラーの資格について調査を行った。結果、認定遺伝カウンセラーは、医療の専門職の資格教育をベースとしており、大学院で養成を行っていることが分かった。全国的に人数は少ないながらも患者と医療職をつなぐコミュニケーターとして活躍していることが分かった。資格の制度化に必要な期間を見るために平成に入って制度化された日本版ナースプラクティショナーである

特定看護師についての調査を行ったが、2005年4月に日本発の大学院を大分に設置してから2011年11月認定制度発足まで6年超の年月を要している。大学院設置に関しても時間を要していることから、資格の制度化については最低でも7年以上はかかっていることが分かった。

地域包括システムを分析するにあたり、地域差並びに、病院などの施設が中心となっていて行っている場合、その組織による差がみられるのかを調査したが、地域差においては、好事例においては、保健師などを中心としたシステムを構築しており、その差は見られなかった。次に、保健師に注目し、その安定供給を図るための教育の在り方を調査し考察するため保健師の養成機関である大学教育のカリキュラム比較を行ったが、カリキュラムには差がみられ、養成のための適正な教員が不足していることが分かり、保健師が中心となるモデルは存在し、普及の可能性もあるが、短期的に「地域包括ケアシステムで機能する保健師」を安定供給することは困難であることが判明した。

そこで、日本医療政策機構が行った2018年世論調査で国民の信頼度が最も高かった薬剤師並びに薬局における可能性の調査を行った。結果、薬局では薬剤師と管理栄養士が中心となり、健康な人と患者の両方にアプローチをしていた。また、公益社団法人日本薬剤師会が2017年度に行った調査で、薬局の好事例取組を上げており、その中にも住民に対するアプローチの仕方が本研究で事例とした町田市の薬局と似ているものが存在し、薬局及び薬剤師が中心となる地域包括ケアシステムの有用性が示唆された。また、薬局という施設を中心にするため、経済的負担も少なく普及が見込める。ただし、時間外活動がボランティアとして行われている事例もあり、持続可能性を担保するためには人材の活用についてのさらなる検討が望まれる。

次に地域包括ケアシステムにおける医療施設の役割を第2章で課題として取り上げた多死社会についての取り組みと合わせて調査を行った。結果、医師を中心とした医療提供者による患者・住民教育は、終末期の意思決定支援を行っており、有効であることが示唆された。しかし、医師が本来の医療の活動に加えて、住民および患者支援を行うことは、本人が望む治療を促進する可能性のある有効な活動ではあるが、現在の医療提供体制の中で、医師の配置が十分でない地域も多く存在し、治療行為以外の活動に時間をとることは難しく、事例調査においても、住民教育などの活動は、一部の管理職である医師を中心として行っており、これを全国で普及させることは難しいことが分かった。

薬局・薬剤師が中心の地域包括ケアシステム好事例においては、筆者のフィールド調査を含めて、終末期における患者意思決定支援について取り組んでいるところは見られなかった。そこで、日本全国における終末期医療における患者意思決定支援の現状を調査した。結果、国民は健康な状態で長生きをし、突然亡くなることを望んでいるが、現代社会においては、科学技術の進歩等により、突然死の可能性は極めて低いことが示唆された。また、ACPに関しての施策については認知度が引く、国民の意識も高いとは言えない。終末期医療においては、日本では、議論も進んでいない。まずは、ACPの認知度を上げることが重要であるといえる。

最後に、地域包括ケアシステムの基盤となる住まいについて調査を行ったが、住まいについては、高齢者の施設の在り方についての検討は行われているが、個人の家に係る施策は見られなかった。個人の家に係るは米国のニューヨーク州政府が高齢者と若者を組み合わせたホームシェアリングの推進を行っているが、これは、大がかりな予算を伴わず、一つの施策になりえることが考えられる。この運営を日本で導入する場合に重要となる点は、国民のホームシェアリングに対するスティグマを払しょ

くすることである。この実現にあたっては地方自治体ではなく国が主体となる施策が必要と考える。

地域包括ケアシステムは、日本における超高齢社会の課題解決のための施策として提案され、厚生労働省が中心となり、国が推進している。この課題は、経済負担を主に掲げている自治体が多く存在し、実際問題に即していないことが判明した。また、好事例は、ウェブサイトなどに数多く公表されているが、システムの具体的な運用は自治体にゆだねられている。筆者が調査を始めた 2014 年当時、日本では、地域包括ケアシステムの運用方法は各自治体で模索中であり、団塊の世代が後期高齢者に入る 2020 年までにシステムの安定運用を図りたいという意図は伝わるが、具体的な施策は存在しなかった。さらにシステムの構築における汎用化を目指した研究も存在しなかった。この状況は 5 年間の間、システムの運用方法の構築は行われず、好事例だけが増え続け、政府や専門職団体のウェブサイトに掲載されている。まさに混とした中で始めた研究ではあったが未だにシステム構築の汎用化をめざした議論は見当たらなかった。さらに政府は、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に地域包括ケアシステムの完成を目指していたが、その後 2035 年を目標に変えた動きが見られた。2015 年 2 月当時の厚生労働大臣であった塩崎恭久氏は、当時平均年齢 42.7 歳という若手有識者による「保健医療 2035 策定懇談会」を立ち上げ、同年 6 月に提言書を取りまとめた。この懇談会の目的は、国民の健康増進、保健医療システムの持続可能性の確保、保健医療分野における国際的な貢献、地域づくりなどの分野における戦略的な取組に関する検討を行うことであった。結果、3 つのビジョンを示し、そのための 5 つの基盤を提示している。

(1) 保健医療 2035 3 つのビジョン

- ・保健医療の価値を高める
- ・主体的な選択を社会で支える
- ・日本が世界の保健医療を牽引する

(2) 5 つの基盤

- ・イノベーション環境
- ・情報基盤の整備と活用
- ・安定した保健医療財源
- ・次世代型の保健医療人材
- ・世界をリードする厚生労働省

このようにビジョンも基盤も極めて抽象的であり、この中で具体化されているのは 2020 年 3 月現在、本研究の事例の一つであるクリニックでも運用していたオンライン診療など、基盤の一つである「情報基盤の整備と活用」のみである。

本研究により、第一にシステムの構築にあたっては、終末期を含んだ、医療選択に関しての意思決定支援が重要であり、個人の意思に沿った終末期を過ごし、最期を迎えるためには、住民教育が必要であることが示唆された。この教育システムを構築することにより、国民の医療へのアクセスが適正化され、全世代における医療費の削減も期待され、持続可能な社会保障を国民に提供することができ、同時に医療提供者の疲弊も回避することができる可能性が見込まれる。これは、高齢者のみを対象とするのではなく、全世代を対象としたものにする必要がある。第二に効果的な教育をするためには、国民に対し、終末期における施策である ACP の認知度と理解を深める必要があり、終末期においては、本人の意思を反映させた人生の最後を迎えることができ

る教育環境の整備をする必要がある。第三に住民への教育は、薬局・薬剤師を中心としたシステムの運用の汎用性が示唆された。長期的には保健師への教育も同時に行うべきである。また、専門職の教育カリキュラムの構築においては認定遺伝カウンセラーや特定看護師の養成課程が参考になると考える。専門職の教育カリキュラムの作成や認定制度の制定にあたっては、日本の医療政策に大きくかかわるため、制度の構築に要する年数を鑑みる必要がある。そのため、この問題に関しては、住民教育と並行して、検討していく必要があることが本研究により示された。

最期に、地域包括ケアシステムの基盤となる住まいについては、海外の事例を参考にし、個人が長く住み慣れた土地で健康なうちは、軽度の認知症があっても居宅で暮らし続ける方策を検討すべきである。この住まいの施策には国民の意識改革が必要となり、住民教育が重要といえる。

本研究は、文献調査と質的研究を中心にしており限界はある。しかし、日本の地域包括ケアシステムのコーディネーターとして、2つの専門職に教育を行うことにより、安定的に供給が可能であることと、この専門職により住民教育をすることが国民の生活の質を高めることにつながり、特に終末期における意思決定支援をすることにより、当事者の家族の生活の質を高める可能性があることが検証されたことは大きな意義があると考えられる。今後、量的研究を行うことにより、本研究で得た結果を具体化していきたい。

謝辞

本研究においては、調査研究から学位論文としてまとめるにあたり、多くの方にご支援とご指導を賜りました。特に、指導教官である岡田昭人教授には、本研究を始めた博士課程進学前よりご指導いただき深く感謝しております。看護教育から始まった研究を終末期の住民支援教育に途中変更することになったときも温かく励ましてくださり、数々のご助言をくださいました。研究を断念することなく追行することができ深く感謝しております。主査である吉本秀之教授、副査の丹羽泉教授にも博士課程進学前より、ご指導いただき多くのご助言をいただき深く感謝しております。さらに、土佐礼子教授のゼミには特別に参加させていただき、私の論文に対しての貴重なご意見を多くいただき大変感謝しております。また、修士課程で研究の基礎となる医療政策をご指導いただき、日本の医療政策においてご活躍されている東京医科歯科大学河原和夫教授には、お忙しい中、修士課程終了後、博士課程に入ってからでもアドバイスをいただき、深く感謝しております。また、お忙しい中、取材をさせていただいた病院ならびに薬局関係者の皆様にも御礼申し上げます。皆様の協力なくして本論文は完成しえませんでした。

当初は国際比較を視野に入れておりませんでした。岡田教授の指導のもと比較教育論を学び、海外文献調査を加えました。海外の文献調査においては、現在の勤め先である理化学研究所に在籍していた世界各国からの実習生たち（海外の大学の情報工学を専門とする博士課程生中心）とコミュニティケアに関する議論を1年間行ったことにより、実際に現地でのフィールド調査は今回仕事の関係でできなかったにも関わらず、海外の若者の声をリアルに拾うことができ、また、興味深い事例を抽出することができました。特にスイスからの実習生Eさんとは、スイスと日本の終末期医療についての考え方について深く論じ、アメリカからの実習生Mさんからは、彼がニューヨークで目にしていた広告とその団体に関する情報を提供いただいたことは、本研究において大変参考になりました。

最後に、常に励ましてくれた修士課程時代の学友と学業と仕事の両立を支えてくださいました職場の同僚に深い感謝の意を表して謝辞とさせていただきます。

引用・参考文献

第2章から第7章においては、筆者の論文をもとに執筆した。(全て査読あり)

章	発表年	タイトル	雑誌名	巻頁
第2章 第6章 第7章	2019	地域包括ケアシステム時代の 終末期医療における患者意思 決定支援の在り方	東京外国語大 学大学院総合 国際学研究 科、『言語・地 域文化研究』	no. 25 p. 205- 222
第3章	2018	地域包括ケアシステムにおけ る看護教育の在り方	日本語・日本 語学研究	第8号、 p. 117-139
第4章	2017	大学における看護教育と新卒 時に必要とされる看護実践能 力についての研究	東京医科歯科 大学 修士論文	
第5章	2019	地域包括ケアシステムにおけ る国民への健康教育（ヘルス プロモーション）の在り方	クアドランテ	no. 21 p. 175 - 187

日本語参考文献

- 朝日新聞. 2019. 「小藪さん起用の「人生会議」ポスター、批判受け発送中止（2019年11月26日）」．朝日新聞 digital.
<https://www.asahi.com/articles/ASMCV5R5YMCVULBJ01G.html>. 2019年11月27日取得.
- 井伊雅子. 2017. 「【書評】岩本康志・鈴木亘・両角良子・湯田道生「健康政策の経済分析: レセプトデータによる評価と提言」．『経済研究』68(4):373-375.
- 池上直己. 2009. 「特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題 特集の趣旨」．『海外社会保障研究』168:2-3.
- 池上直己, 池田俊也. 1999. 「老人医療と経済評価」．『日老医誌』. 1999;36:299-307
- 岩本康志, 鈴木亘, 両角良子, 湯田道生. 2016. 『健康政策の経済分析レセプトデータによる評価と提言』．東京大学出版会.
- 医療政策実践コミュニティ. 医療政策実践コミュニティホームページ.
<http://h-pac.net/data/h-pac4/4-7.pdf>. 2017年10月13日取得.
- 浦安市. 2017. 「SWC 健幸せポイントコンソーシアム報告書, スポーツによる地域活性化推進事業報告書(2017年3月)」．
http://www.city.urayasu.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/018/838/houkokusyo.pdf, 2018年11月11日取得.
- 江川幸二, グレグ美鈴, 沼本教子, 二宮 啓子, 岩本 里織, 登喜 和江, 吉田 こずえ. 2011. 「看護大学における地域住民ボランティアを導入した授業の評価; 学生の感想・意見から」．『神戸市看護大学紀要』15:57-66.
- エムスリー株式会社. 「m3.com ホームページ」．<https://www.m3.com/>. 2018年8月2日取得.
- 太田壽城. 1994. 「既往歴保有者における日常生活活動中の突然死の発現率に関する研究. 突然死に関する研究 1994年度厚生科学研究補助金成人病対策総合研究事業突然死に関する研究」．国立循環器病センター.
<http://www.jhf.or.jp/heartnews/vol21.html>, 2018年9月15日取得.

- 小野卓哉. 2018. 「筋緊張性ジストロフィーを持つ2型糖尿病の患者の症例」. 米国内科学会 日本支部年次総会.
- 帯広市. 2019. 帯広市親子防災講座実行委員会ホームページ.
<https://www.city.obihiro.hokkaido.jp/soumubu/soumuka/a02oyakobousai.html>.
 2019年8月9日取得.
- 神奈川県. 2019. 未病産業研究会ホームページ.
<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/mv4/cnt/f536433/index.html>. 2019年11月28日取得.
- 神奈川県. 2019. 「第二期神奈川県医療費適正化計画」.
<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/n5p/iryouhitekiseika/dai2ki.html>. 2019年11月28日取得.
- 看護展望編集部. 2016. 「2016 看護展望 地域包括ケアシステムを見据えた看護教育」. 『看護展望 8月号』41:11-47. メヂカルフレンド社.
- 木内千晶, 吉田千鶴子. 2004. 「高齢者の希望する終末期の迎え方」. 『岩手県立大学看護学部紀要』6:77-82.
- 北國新聞. 2020. 「金大、遺伝カウンセラー養成 新年度、北陸初のコース新設(1月7日(火))」. 北國新聞 Web, <https://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20200107-00814496-hokkoku-117>. 2019年11月24日取得.
- 楠 章子. 2016. 『ばあばは、だいじょうぶ』. 童心社.
- 株式会社クスリのナカヤマ. 2018. 『クスリのナカヤマホームページ』.
<http://www.kusuri-nakayama.com/president/index.html>, 2018年9月24日取得.
- 認定NPO法人 健康と病いの語りデイペクスジャパン. 2016. 『認知症の語り』. 日本看護協会出版会.
- 健康保険組合連合会. 2017. 「医療・医療保険制度に関する国民意識調査報告書」. あしたの健保プロジェクト.
- 厚生労働省. 1997. 「介護保険法第115条の46第1項」.
 . 2007a. 「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」.
 . 2007b. 「医療機能情報提供制度(医療情報ネット)」,
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html. 2018年9月22日取得.
 . 2012. 「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(平成24年3月5日厚生労働省令第26号)」.
 . 2013. 「薬価専門部会資料」. 中央社会保険医療協議会.
 . 2014a. 「保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成26年版の改定概要について」. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002ylby.html>. 2016年12月15日取得.
 . 2014b. 「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」」.
 . 2014c. 「平成26年(2014年)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況; 薬局数」. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/kekka_3.pdf.
 2019年12月21日取得.
 . 2015a. 「患者のための薬局ビジョンー「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へー」. https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision_1.pdf. 2018年5月5日取得.
 . 2015b. 「患者のための薬局ビジョンー「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へー」. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000102179.html>. 2018年9月23日取得.

- ． 2016a. 「我が国の医療の現状（第1回新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会）」．
- ． 2016b. 「健康サポート薬局に関するQ&Aについて」．
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/0000163062.pdf>. 2018年9月22日取得.
- ． 2016c. 「第3回医療計画の見直し等に関する検討会「医療機器の配置及び安全管理の状況等について」資料2」． <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000130336.pdf>. 2019年11月24日取得
- ． 2017a. 「平成29年9月改定版「データヘルス計画作成の手引き」」．
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000201969.pdf>. 2018年9月15日取得.
- ． 2017b. 「第3回医薬品医療機器制度部会 資料1「健康サポート薬局の現状」」． <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000184920.pdf>. 2018年9月22日取得.
- ． 2017c. 「健康サポート薬局の現状」．『第3回医薬品医療機器制度部会・資料1』． <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000184920.pdf>. 2018年9月22日取得.
- ． 2017d. 「「平成28年度衛生行政報告例」.政策統括官（統計・情報政策担当）」．
- ． 2017e. 「自らが望む人生の最終段階における医療・ケア」．
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html. 2019年12月23日取得.
- ． 2017f. 「平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果」． <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf>. 2018年8月2日取得.
- ． 2017g. 「平成29年度厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」」．
https://square.umin.ac.jp/endoflife/shimin01/img/date/pdf/EOL_shimin_A4_text_0416.pdf. 2019年12月15日取得.
- ． 2017h. 「平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（確定版）」． <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf>. 2019年12月15日取得.
- ． 2018a. 「平成30年度版 死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」．
https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual_h30.pdf. 2020年2月27日取得.
- ． 2018b. 「平成30年（2018年）医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」．
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/index.html>. 2019年11月25日取得.
- 神戸市. 2016. 「あんしんすこやかセンターでの勤務を考えている専門職のみなさんへ」． http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/ansuko-center/syokugyo_syokai.html. 2016年12月15日取得.
- 神戸市看護大学. 2016. 「大学案内」． <http://www.kobe-ccn.ac.jp/> . 2016年12月10日取得.
- 国際アルツハイマー協会. 2019. 「世界アルツハイマーレポート」．
<http://www.alzheimer.or.jp/wp->

content/uploads/2010/07/42ad7783aa9f9fe3c7ea3b90b52a7a0e1.pdf. 2018年9月22日取得.

国土交通省. 2009. 「平成21年1月社会資本整備審議会」.
<https://www.mlit.go.jp/common/000031399.pdf>. 2019年9月23日取得.

国土交通省. 2014. 「平成二十六年法律第二百二十七号 空家等対策の推進に関する特別措置法」.
https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk3_000035.html. 2019年9月23日取得.

国土交通省. 2018. 「平成30年 先駆的空き家対策モデル事業」.
https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk3_000045.html. 2019年9月24日取得.

国立循環器病研究センター. 「循環器病情報サービスホームページ「人は血管とともに老いる」」.
<http://www.ncvc.go.jp/cvinfo/pamphlet/blood/pamph26.html>. 2020年2月27日取得

NPO 法人コレクティブハウジング社. NPO 法人コレクティブハウジング社ホームページ.
<https://chc.or.jp/collective/faq.html>. 2019年9月24日取得.

NPO 法人コレクティブハウジング社. 「NPO 法人ハートウォーミングハウス」.
<https://chc.or.jp/socialhousing/sh-case10.html> 2019年9月24日取得.

佐藤雅彦. 2014. 『認知症になった私が伝えたいこと』. 大月書店

澤登久雄. 2013. 「地域包括ケアに欠かせない多彩な資源が織りなす地域ネットワークづくり 高齢者見守りネットワーク「みま～も」のキセキ」. おおた高齢者見守りネットワーク.

島原万丈. 2008. 「リクルート住宅総研オリジナル調査 解説編.NYC. London. Paris & TOKYO 賃貸住宅生活実態調査」.
http://www.jresearch.net/house/jresearch/chintai/pdf/P055-110_chapter2.pdf. 2019年9月24日取得.

首相官邸. 2013. 「地域包括ケアシステムについて（平成25年6月13日）」.
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai15/siryoul.pdf>. 2019年9月23日取得.

ジョルダン株式会社. 2016. 「乗換案内」.
<http://www.jorudan.co.jp/norikae/>. 2016年12月15日取得.

全国遺伝子医療部門連絡会議. 全国遺伝子医療部門連絡会議ホームページ.
<http://www.idenshiiryoubumon.org/index.html>. 2019年11月24日取得.

一般社団法人全国保健師教育機関協議会. 2017. 「「保健師教育機関による自治体等の現任保健師の人材育成に対する連携の実際」に関する調査結果報告書（2017年1月）」.

田近栄治. 菊池潤. 2011. 「死亡前12か月の高齢者の医療と介護」. 季刊・社会保障研究.

田辺直仁. 2005. 「疫学からみた我が国の突然死の実態 ほか」. 「心電図 = Electrocadiology」26(2):111-117.

田辺直仁. 2006. 「心臓突然死の疫学、予知、治療、予防」. 「第22回日本心電学会学術集会」.

千葉県. 2018. 「健康・医療 Q&A」.
<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou.faq/290.html>. 2018年8月3日取得.

千葉県. 2019. 「健康・医療 Q&A」.
<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou.faq/290.html>. 2018年8月3日取得.

一般財団法人長寿社会開発センター. 2011. 「地域包括支援センター業務マニュアル」

- 津村育子. 2017. 「大学における看護教育と新卒時に必要とされる看護実践能力についての研究」. 東京医科歯科大学 修士論文.
- 津村育子. 2018. 「地域包括ケアシステムにおける看護教育の在り方」. 『日本語・日本語学研究』8:117-139.
- 津村育子. 2019. 「地域包括ケアシステム時代の終末期医療における患者意思決定支援の在り方」. 『東京外国語大学大学院総合国際学研究科. 言語・地域文化研究 (Language, area and culture studies)』25:205-222.
- 土居内麻里. 2006. 「終末期がん患者の療養上の意思決定」. 『高知女子大学看護学会誌』V31(1):19-26.
- 東京新聞. 2018. 神奈川県黒岩知事インタビュー; 2018年1月4日. 東京新聞 Web. <http://www.tokyo-np.co.jp/article/kanagawa/list/201801/CK2018010402000109.html>. 2018年8月3日取得.
- 東京大学公共政策大学院医療政策・教育研究ユニット. 2014年度. 第4期医療政策実践コミュニティー ホームページ. http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/h-pac/documents/H-PAC_04_report.pdf. 2017年10月13日取得.
- 東京都. 2017a. 「超高齢社会における東京のあり方懇談会政策提言書」. <http://www.metro.tokyo.jp/tosei/hodohappyo/press/2017/11/02/05.html>. 2018年8月3日取得.
- . 2017b. 「「超高齢社会における東京のあり方懇談会」(第1回)の開催について」. <http://www.metro.tokyo.jp/tosei/hodohappyo/press/2017/11/02/05.html>. 2018年8月3日取得.
- . 2018. 「TOKYO BEYOND 2020 ～世界に先駆ける長寿社会～」. <https://www.seisakukikaku.metro.tokyo.lg.jp/basic-plan/kourei-arikata/pdf/seisakuteigen.pdf>. 2019年11月3日取得.
- 東京都大田区. 2014. 「平成26年度大田区高齢者福祉計画」.
- 東京都練馬区. 練馬区公式HP. <https://www.city.nerima.tokyo.jp/hokenfukushi/koreisha/kenko/carecafe.html>. 2019年8月9日取得.
- 友松育子, 市村のぼる, 上田由紀子, 桑原直行, 佐々木昌弘, 津村育子, 中川裕章, 本間俊典, 吉村沙織. 2015. 「地域包括ケアシステム機能向上のための提言 介護予防を中心に」.
- 土志田敏伸, 森田博樹, 森田安紀子, 藤原慎太郎, 渡邊さち, 西村由起子, 高橋清, 百瀬晴彦, 斎藤美和子, 栗田駿一郎, 大滝絵梨花, 山本一博. 2017. 「保険薬局における認知症カフェ 「Dカフェ」の取り組み」. 第36回日本認知症学会.
- 内閣府. 2016. 「平成28年版高齢社会白書(全体版) 5 高齢化の国際的動向」. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/sl1_1_5.html. 2018年8月3日取得.
- . 2017a. 「人工知能技術戦略会議」. <https://www8.cao.go.jp/cstp/tyousakai/jinkochino/index.html>. 2019年12月21日取得.
- . 2017b. 「人工知能技術戦略 人工知能技術戦略会議とりまとめ」. <https://www.nedo.go.jp/content/100862413.pdf>. 2019年12月21日取得.
2018. 「平成30年版高齢社会白書」. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/index.html>. 2019年9月23日取得.
- 中根晴幸. 2016. 『次代を担う医療者のための地域医療実践読本』. 幻冬舎.

日本医学ジャーナリスト協会. 2018. 「重症心不全に対する外科治療の現状と未来」. 『2018 年新年賀詞交歓会報告書』.

日本医師会. 「地域医療情報システム 新潟県湯沢町」.
<http://jmap.jp/cities/detail/city/15461>. 2018 年 11 月 11 日取得.

日本医師会総合政策研究機構. 2017. 「第 6 回 日本の医療に関する意識調査」

日本遺伝カウンセリング学会. 日本遺伝カウンセリング学会ホームページ.
<http://www.jsgc.jp/authorize.html>. 2019 年 11 月 24 日取得.

日本医療政策機構. 2017. 「第 65 回定例朝食会「職場から考える健康・医療－健康経営の取り組み－」報告書」. 『定例朝食会報告書』

日本医療政策機構. 2018. 「2018 年世論調査」. 『2018 年世論調査報告書』

独立行政法人日本学術振興会. 『大学 COC 事業』. 2013. <https://www.jsps.go.jp/j-coc/index.html>. 2016 年 12 月 15 日取得.

公益社団法人日本看護協会. 2015. 『2025 年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン』. <https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/>. 2016 年 12 月 15 日取得.

一般社団法人日本看護系大学協議会. 2012. 『大学卒業時到達度の評価手法開発のための調査研究報告書』.

日本看護連盟. 2014. 『会長のマンスリーメッセージ(2014 年 9 月)』.
<http://www.kango-renmei.gr.jp/monthlymessage/3531/>. 2016 年 12 月 17 日取得.

日本健康会議. 2019. 日本健康会議 ホームページ
<http://kenkokaigi-data.jp/>. (2018 年 11 月 11 日取得)
 . 2017a. 日本健康会議の活動指針～健康な街・職場づくり宣言 2020～
<https://kenkokaigi.jp/about/>. (2018 年 11 月 11 日取得)
 . 2017b. 日本健康会議 データポータル
<http://kenkokaigi-data.jp/>. (2018 年 11 月 11 日取得)

日本心電学会. 2005. 「心臓突然死の疫学、予知、治療、予防. 第 22 回日本心電学会学術集会 学術諮問委員会指定トピックス」. 『第 22 回日本心電学会学術集会報告書』

日本心不全学会. 2016. 「高齢心不全患者に対する終末期医療の指針」. 『高齢心不全患者の治療に関するステートメント』

日本人類遺伝学会. 日本人類遺伝学会ホームページ. <https://jshg.jp/>. 2019 年 11 月 24 日取得.

日本赤十字社. 2019. 大阪府赤十字血液センターホームページ.
<https://www.bs.jrc.or.jp/kk/osaka/2016/09/post-27.html>. 2019 年 9 月 1 日取得.

公益社団法人日本薬剤師会. 2017. 『平成 29 年度 地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の取り組み事例集』.
<https://www.nichiyaku.or.jp/assets/uploads/activities/29torikumi.pdf>.
 2019 年 8 月 1 日取得.

公益社団法人日本薬剤師会. 2018. 『日本薬剤師会のあゆみ』.
<http://www.nichiyaku.or.jp/about/summary/history.html>. 2018 年 9 月 22 日取得.

日本老年学的評価研究. 『JAGES について』. https://www.jages.net/about_jages/.
 2018 年 8 月 3 日取得.

認定遺伝カウンセラー制度委員会. 認定遺伝カウンセラー制度委員会ホームページ.
<http://plaza.umin.ac.jp/~GC/>. 2019 年 11 月 24 日取得.

NPO 法人 ハートウォーミングハウス. 2018. 「新たな社会的住宅の創出×運営の試み」.
<https://social-house.net/archives/64>. 2019 年 9 月 23 日取得.

畑尾正彦, 藤尾和彦. 2015. 『看護教育関係』. 「看護教育 2015 年 7 月号」. 161-171

- 廣谷 芳彦. 2012. 「保険薬局における在宅医療への実施状況と薬剤師の意識・意見に関する調査研究」. 『医療薬学』 38(6):371-378.
- ベネッセスタイルケア. 「死亡率も要介護になるリスクも高い心臓病」.
<https://kaigo.benesse-style-care.co.jp/disease/heart/>. 2018年8月3日取得.
- 法令データ提供システム. 2016. 「学校教育法. 基本教育法に基づいて、学校制度の基本を定めた法律. 平成二八年五月二〇日法律第四七号」. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22H0026.html>. 2016年12月10日取得.
- 北海道医療大学. 2016. 大学案内. <http://www.hoku-iryu-u.ac.jp/>. 2016年12月10日取得.
- 前田由美子. 2005. 「高齢者の医療費と介護費の関連分析」. 『日医総研 Annual Report 2005』. 1:25-30
- みまーも. みまーもウェブサイト. <http://mima-mo.net/network/>. 2018年11月11日取得.
- 文部省・厚生労働省. 1951. 『保健師助産師看護師学校養成所指定規則』.
- 文部省. 1956. 『大学設置基準（昭和三十一年十月二十二日文部省令第二十八号）最終改正：平成二四年五月一〇日文部科学省令第二三号』
- 文部科学省. 2009. 「GP とは」.
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/gp/001.htm. 2016年12月15日取得.
- . 2011. 『大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告書（2011年3月11日）』
- . 2013. 『平成25年度 横浜市立大学COC事業報告書』. 横浜市立大学 地域貢献センター.
- . 2013a. 『平成25年度 神戸市看護大学COC実績報告書』. 神戸市看護大学.
- . 2013b. 『大学教育部会. 届出設置制度の課題と見直しの検討について』. 中央教育審議会.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/015/attach/1340059.htm
 . 2016年12月15日取得.
- . 2014a. 『平成26年度COC事業報告書』. 横浜市立大学』.
- . 2014b. 『私立大学等経常費補助金交付要綱（2014年11月14日最終改正）』. 高等教育局私学部私学助成課
- . 2015a. 『平成27年度COC事業報告書』. 横浜市立大学).
- . 2015b. 『文部科学大臣指定（認定）医療関係技術者養成学校一覧 保健師学校（平成27年5月1日現在）』.
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2016/02/25/1353400_02.pdf (2016年12月15日取得).
- . 2015. 『平成27年度設置計画履行状況等調査の結果等について』. 高等教育局高等教育企画課大学設置室.
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/ninka/__icsFiles/afieldfile/2016/03/11/1367269_01.pdf . 2016年12月16日取得.
- . 2016a. 『平成28年度COC事業報告書』横浜市立大学.
- . 2016b. 『大学設置認可制度の概要』.
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/ninka/1368423.htm. 2016年12月10日取得.
- . 2017. 「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」. 『大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 報告書』 高等教育局医学教育課.

安岡高志. 2009. 『教員評価—個人評価と組織評価—』. 「日本教育情報学会学会誌 (増刊) 教育情報研究」. 日本教育情報学会:115-118.
横浜市立大学. 2016. 大学案内. <http://www.yokohama-cu.ac.jp/> (2016 年 12 月 10 日取得) .

英語参考文献

Alicia H, Munnell. 2018. *National Retirement Risk Index Shows Modest Improvement in 2016*.
<https://www.nytimes.com/2018/01/12/realestate/getting-a-roommate-in-your-golden-years.html>. 2019 年 7 月 15 日取得
Deutchebank. 2017. *Deutchebank Market Research; Mapping the World's Prices*.
<https://www.finews.ch/images/download/Mapping.the.worlds.prices.2017.pdf>. 2019 年 9 月 24 日取得
New York Fundation for Senior Citizens (NYFSC) . *Home Sharing*.
<https://www.nyfsc.org/home-sharing/>. 2019 年 9 月 20 日取得
New York Gov.. *Livable New York: Match-Up Home Sharing Program*.
<https://aging.ny.gov/livableny/ResourceManual/Housing/III1g.pdf>. 2019 年 9 月 23 日取得
OECD. 2019. 『*OECD DATA*』. <https://data.oecd.org/> 2019 年 11 月 24 日取得